



OBSERVATOIRE OBSERVATORIUM
DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL VOOR GEZONDHEID EN WELZIJN
BRUXELLES BRUSSEL



santé mentale • exclusion sociale - Belgique

Actieonderzoek

Netwerk

van psycho-sociale

begeleiders

PSB-net

Onderzoeksrapport
Definitieve versie van 14 december 2012

Colofon

Onderzoeker

- Anne Slimbrouck

Psychosociale begeleiders

- Anne Wezel
- Annick Leducq
- Antoin Galle
- François Poncin
- Jennifer Limage
- Mahdiya El Ouiali
- Michèle Delewarde
- Sarah Vanderwaeren
- Sophie Berruyer
- Sophie Liemans

Onderzoekspromotor

- SMES-B

Financiers

- Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie

Wetenschappelijk comité

- Annalisa Casini (Faculté des Sciences psychologiques et de l'Education de l'ULB, Unité de psychologie sociale)
- Céline Nieuwenhuys (Federatie van de Bicommunautaire Maatschappelijke Diensten)
- François Wyngaerden (Institut de Recherche Santé et Société, UCL)
- Jean-Louis Linchamps (La Strada)
- Monique Van Dormael (ITG-IMT Antwerpen)
- Murielle Deguerry (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad)
- Youri Caels (VZW Overlegplatform Geestelijke Gezondheid Gebied Brussel-Hoofdstad)

Pilootcomité

- Begonia Cainas, UMC Sint-Pieter
- Jacques Verstraeten, Entr'Aide des Marolles
- Jean-Pierre Ermans, Rivage – den Zaet
- Jerry Werenne, Netwerk Hepatitis C
- Laurent Demoulin, Diogènes
- Mathieu Vansantvoet, Hoeksteen
- Michel Kesteman, Espace Social Télé-Service
- Pierre Schoemann, Projet Lama
- Sébastien Alexandre, SMES-B
- Serge Zombek, MSOC van Brussel, UMC Sint-Pieter, SMES-B

Deelnemers van de Ondersteuningscel van de SMES-B

- Dominique Daniel
- Jenny Krabbe
- Oum-Chikh Dahou

Inhoudsopgave

Lijst van de gebruikte afkortingen	4
1. Inleiding	5
2. Hypothese en doelstellingen van het onderzoek	7
3. Methodologie	8
3.1. Conceptueel model: Methodologie van het actieonderzoek	8
3.2. De actie	8
3.3. Methodologie van de gegevensverzameling	10
3.4. Methodologie van de gegevensanalyse	11
3.5. Ethische beschouwingen	11
4. Proces van het actieonderzoek	13
5. Documentatieonderzoek	15
6. Resultaten	19
6.1. Diversiteit van de praktijken en kenmerken van het werk van elke PSB	19
6.2. Verschillen in het nemen van notities in de roadbooks	23
6.3. Kenmerken van de begeleide personen	23
6.4. Confrontatie met de sociale en mentale problematiek	24
6.5. De mobiele psychosociale begeleiding : Doelstellingen	24
6.6. De mobiele psychosociale begeleiding : Oprichting en ontwikkeling	26
6.7. De mobiele psychosociale begeleiding en andere praktijken	27
6.8. De psychosociale begeleider en zijn instelling	27
6.9. De psychosociale begeleider en het netwerk	29
6.10. De psychosociale begeleider als getuige van de institutionele mankementen en van de radicale maatschappelijke verandering	32
6.11. Voorwaarden van een goede begeleiding	33
6.12. Toekomst van het PSB-net	37
7. Bespreking	39
7.1. Beperkingen van het actieonderzoek	39
7.2. Definitie van de begrippen sociale precariteit en psychische aandoening	40
7.3. Problemen opgedoken tijdens de mobiele psychosociale begeleiding	41
7.4. Essentiële eigenschappen van de psychosociale begeleider	44
7.5. Identificatie van de beste praktijken van de mobiele psychosociale begeleiding	45
8. Conclusies	49
9. Samenvatting	52
10. Aanbevelingen	53
<i>Bijlage 1. Indicatoren opgetekend in de roadbooks</i>	55
<i>Bijlage 2. Resultaten van het documentatieonderzoek</i>	57
<i>Bijlage 3. Bibliografische referenties</i>	69

Lijst van de gebruikte afkortingen

ACT :	Assertive Community Treatment (intensieve buurtgerichte opvolging).
PSB :	Psychosociale begeleider / Psychosociale begeleiders.
UMC :	Universitair Medisch Centrum.
OCMW :	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn.
Fedasil :	Federaal Agentschap voor de Opvang van Asielzoekers.
MASS / MSOC :	Maison d'Accueil Socio-Sanitaire / Medisch-Sociaal Opvang Centrum (van Brussel).
PSB-net :	Netwerk van Psychosociale begeleiders.
SMES-B :	Santé Mentale & Exclusion Sociale – Belgique, vzw ondersteund door de COCOF, de COCOM en het Federale ; de SMES-B is eveneens een Gezondheidsnetwerk erkend door de COCOF.
PZT :	Psychiatrische Zorg in de Thuissituatie.

1. Inleiding

De Brusselse hoofdstad groepeerd naast haar gewestelijke en bicommunautaire instellingen ook politieke en administratieve instellingen van de federale overheid en van de gemeenschappen.

Het Brussels Gewest onderscheidt zich door een grote sociale heterogeniteit, die weerspiegeld wordt in grote ongelijkheden op het vlak van welzijn en gezondheid. Meer dan een vierde van de Brusselse bevolking (28,3%) leeft van een inkomen dat lager ligt dan dat van de armoedegrens. Het werkloosheidspercentage van de Brusselaars is 2 keer groter dan het nationale werkloosheidscijfer, en 5% van de Brusselse bevolking tussen 18 en 64 jaar is afhankelijk van een uitkering van het OCMW (nagenoeg 3 keer meer dan in het gehele land). Wonen is er erg duur. Het stijgend aantal gezinnen op de wachtlijst voor een sociale woning is erg groot : er zijn bijna evenveel gezinnen op de wachtlijst als er bestaande sociale woningen zijn (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 2011).

Sociaal isolement is een realiteit voor vele bewoners van het Brussels Gewest : 23% van de Brusselaars verklaart slechts weinig personen te kennen op wie ze kunnen rekenen in geval van nood. Wat betreft de gezondheidszorg, moet meer dan 40% van de Brusselse gezinnen in het inkomenskwintiel van de « armsten » om financiële redenen verzorging uitstellen of opgeven.

Sociale factoren zoals de verstedelijking, de armoede en de technologische vooruitgang werden gekoppeld aan het optreden van psychische aandoeningen en gedragsstoornissen (WGO, 2001). Geestelijke gezondheidsproblemen vormen de belangrijkste oorzaak van invaliditeit van de Brusselaars (dwz. een arbeidsongeschiktheid van meer dan een jaar) (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 2010). In het Brussels Gewest ligt het percentage van personen met psychologische problemen (34%) en ernstige stoornissen (19%) hoger dan in de andere Gewesten. In Brussel heeft de prevalentie van depressieve stoornissen de grootste stijging gekend (van 10% in 2004 naar 14% in 2008), en die wordt vaker vastgesteld bij vrouwen, bij personen met een laag sociaal-economisch niveau en bij werklozen (Gisle, 2008).

Het begrip *geestelijke gezondheid* is een continuüm dat kan variëren van een positief aspect naar een negatief aspect, terwijl het begrip *geestesziekte* duidelijk gedefinieerd wordt door precieze criteria. Dat is zo voor de psychotische stoornissen, die vaker worden gediagnosticeerd in het Brussels Gewest. Die stoornissen komen vaker voor in stedelijke gebieden, en worden versterkt door de sociaal-economische precariteit (Verhaegen en Deschietere, 2012).

Toegang tot geestelijke gezondheidszorgen

Personen die sociale uitsluiting en mentale problemen combineren, lijken niet in staat om opnieuw aansluiting te vinden met het netwerk van de hulpverlening, de zorgverlening en de behandeling. Het boek van de Coninck en Platteeuw (2006) over de articulatie van de ambulante netwerken en de ziekenhuisnetwerken hekelt de vereisten (in termen van toegang, regelmatig bezoeken, autonomisatie, activering, responsabilisering en motivering) van de burgermaatschappij en van de psychologische-medische-sociale voorzieningen ten opzichte van de patiënten, van wie een groot aantal over onvoldoende persoonlijke, milieugebonden en financiële middelen beschikt. Bovendien vormt de verzadiging van de zorgnetwerken een rem op de continuïteit van de zorgverlening.

Veel patiënten in een sociaal precaire situatie, die bovendien nood hebben aan een psychiatrische zorgverlening, bevinden zich bijgevolg in niet gespecialiseerde leefplaatsen (opvangtehuizen, collectief wonen, rust- en verzorgingstehuizen, ...) of op straat (Morenville, 2009), waar ze het risico lopen om scenario's te ontwikkelen die niet meer kunnen worden behandeld door de eerstelijnsbepalers, zodat ze steeds een beroep blijven doen op de spoeddiensten.

Sociaal-politiek kader van de geestelijke gezondheidszorg in Brussel

Bij de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg in ons land in 2009 werd de voorkeur gegeven aan de behandeling van de patiënt in zijn leefmilieu via zorgnetwerken. De financiering voor de aanpassing van de bestaande structuren aan die nieuwe voorziening, wordt voorzien door de « bevrozing van psychiatrische bedden », zoals bepaald door artikel 107 van de financieringswet van de ziekenhuizen. De hervorming beoogt een articulatie van de zorgnetwerken rond vijf functies, waaronder de oprichting van mobiele structuren die het mogelijk moeten maken om patiënten die psychiatrische zorgen nodig hebben, thuis te houden (Moens en Karler, 2010). Volgens Verhaegen en Deschietere (2012) beoogt deze hervorming niet alleen de desinstitutionalisering, maar ook de destigmatisering en de reïntegratie van personen met geestelijke problemen in de maatschappij, maar « ... in navolging van het integratiebeleid blijkt de autonomienorm streng wanneer die van toepassing is op kwetsbare individuen die in de stad leven ».

Als antwoord op de projectoproep werd het Project « Psy 107 Gezondheid – Precariteit » ontwikkeld door een netwerk van zorgverleners die actief zijn op de intersectie van het sociale en het mentale, in samenwerking met de Service de psychiatrie van het UMC Sint-Pieter. In plaats van zich tot een publiek te richten op een louter territoriale basis, mikte het project op personen *in een preciaire situatie met mentale problemen*, die beschouwd werden als prioritair voor het ontvangen van intensieve zorgen. Dat project werd niet geselecteerd.

In de instellingen die werken met dat heel preciaire publiek hebben we evenwel vastgesteld dat er geen precondities waren om hun zorgbehoevende in aanmerking te laten komen voor zorgen die verleend worden in de klassieke netwerken : geen huisvesting of een heel preciaire huisvesting, hoge mate van desintegratie, zelfs totale desintegratie op het sociale vlak (absoluut isolement, geen inkomen, geen ziekteverzekering, papieren niet in orde, ...), geen aanvraag, terughoudendheid om een band aan te knopen met een zorgverlener. De combinatie van die acute sociale problemen en mentale problemen zorgen ervoor dat de betrokken zorgbehoevende er slechts moeilijk in slaagt om zich zonder hulp te verplaatsen in het bestaande zorgnetwerk, en zich aldus te richten tot de juiste instellingen.

Intersectoraal overleg tussen de zorgverleners die werken op de intersectie van het sociale en het mentale, hebben geleid tot een repliek in de vorm van de creatie van de functie van mobiele psychosociale begeleider (PSB), van wie de opdracht bestaat uit het fysiek begeleiden van de patiënten van het doelpubliek om hen van de ene structuur naar de andere te brengen, en bijgevolg de toegang te vergemakkelijken tot de hulpverlening, de zorgverlening en de passende behandelingen, meer bepaald op het psychiatrische vlak.

2. Hypothese en doelstellingen van het onderzoek

Hypothese van het actieonderzoek

De mobiele psychosociale begeleiding door zorgverleners die in overleg binnen een netwerk optreden, kan bijdragen aan de toegang tot de hulpverlening, de zorgverlening en de behandeling van de personen die zich in een erg preciaire situatie bevinden, en geconfronteerd worden met mentale gezondheidsproblemen.

Algemene doelstelling

De algemene doelstelling is het evalueren van de relevantie om de instellingen te versterken die actief zijn in de domeinen van het sociale en van de geestelijke gezondheidszorg, door de creatie van de functie van mobiele psychosociale begeleiding, om de toegankelijkheid te vergroten van de hulpverlening, van de zorgverlening en van de behandelingen, zowel ambulante, residentieel als in een ziekenhuis, van de patiënten die zich in een grote sociale precariteit bevinden.

Specifieke doelstellingen

- Identificeren en beschrijven van de faciliterende elementen en van de limieten en verplichtingen van deze aanpak, identificeren en testen van oplossingen voor de vastgestelde problemen ;
- Identificeren van de ‘best practices’ met het oog op de samenstelling van een objectieve gegevensbank, ter ondersteuning van de bestudeerde aanpak ;
- Identificeren van de kenmerken en competenties die nodig zijn voor de functie van psychosociale begeleider.

3. Methodologie

3. 1. Conceptueel model : Methodologie van het actieonderzoek

De methodologie van het actieonderzoek is een vorm van operationeel onderzoek dat wordt toegepast op bijzondere en complexe sociale systemen. Het is een evolutief onderzoek waarvan de inhoud, het protocol en de methodologie kunnen veranderen tijdens de uitvoering. Doorgaans gaat het om een onderzoek op middellange termijn. Sarantakos (1998) wijst erop dat het actieonderzoek kritiek levert op de theoretische basis en de methodologie van het conventionele maatschappelijke onderzoek, in termen van autoriteit van de externe waarnemer en van de onafhankelijke onderzoeker.

Deze participatieve benadering associeert de betrokken partijen, met name de zorgverleners op het terrein, rechtstreeks met de identificatie en de uitwerking van de veranderingen die op hen betrekking hebben. Op die wijze wordt een beroep gedaan op de competenties, de ervaringen en de creativiteit van de individuen en van de groepen, ten voordele van innovatieve oplossingen die aangepast zijn aan de context en aan de uitdagingen van de gegeven situatie.

3. 2. De actie

De actie vindt plaats van 15 januari tot 15 december 2012.

De mobiele psychosociale begeleiders begeleiden gedurende 4 uren per week patiënten die deel uitmaken van het publiek van hun instelling, en die te maken hebben met sociale en mentale problemen. De begeleiders nemen notities van een reeks indicatoren van hulpmiddelen, processen en resultaten, die verbonden zijn met de ontwikkeling tijdens het actieonderzoek. Ze noteren onder andere de problemen die ze ontmoeten, de ontwikkeling en de eventuele toepassing van interventies en van nieuwe strategieën die ze hebben uitgetoetst, alsook hun ervaringen.

Ze zullen een waaier van mogelijke hulpmiddelen trachten te identificeren die hen moeten ondersteunen bij hun activiteiten. Zo kunnen ze meer bepaald een beroep doen op de Ondersteuningscel van de SMES-B, die de professionele zorgverleners bijstaat wanneer die ernstige problemen ondervinden bij de uitvoering van hun werk op de intersectie van het sociale en van de geestelijke gezondheid.

Keuze van de partners

De keuze van de participerende structuren werd enerzijds geleid door hun bicommunautair statuut (het actieonderzoek wordt gesubsidieerd door de Gemeenschappelijke Communautaire Commissie), en, anderzijds, door de bekommernis om de leden te vertegenwoordigen van het netwerk dat zich actief bezighoudt met de doelbevolking van Brussel-Hoofdstad :

- De psychiatrische dienst van een bicommunautair ziekenhuis, dat door maatschappelijke overeenkomsten (OCMW) gebonden is om sociaal precaire personen op te vangen (CHU Saint-Pierre);
- Een centrum voor geestelijke gezondheidszorg (Rivage – den Zaet);
- Een centrum voor de functionele (heropvoeding)-> revalidatie van verslaafden (MSOC van Brussel);
- Een dagcentrum voor thuislozen (Consigne Article 23 van Espace Social Télé-Service);
- Een vereniging van straathoekwerkers (vzw Diogènes);

- Een nachtasiel voor thuislozen (vzw Hoeksteen).

Twee partners die niet vallen onder de overeenkomst, wilden deelnemen aan het onderzoek in het kader van hun gebruikelijke opdrachten: Le Centre d'Action Sociale globale Entr'Aide des Marolles en het Netwerk Hepatitis C – Brussel.

Criteria voor de selectie van de te begeleiden personen

De begeleide personen dienden te voldoen aan de volgende criteria : het dienden volwassenen te zijn van de beide geslachten, die deel uitmaakten van het doelpubliek van één van de acht « actoreninstellingen » en die sociale problemen en mentale problemen combineerden, in die mate dat de psychosociale begeleiders (PSB) en/of hun respectieve teams een interventie nodig achtten in de vorm van een mobiele psychosociale begeleiding.

Bestudeerde activiteiten

De instellingen die deelnemen aan het actieonderzoek, hebben een lid van hun team aangesteld als psychosociaal begeleider voor de planning en de uitvoering van de mobiele begeleidingen. Eén persoon per instelling, met uitzondering van het Netwerk Hepatitis C en Consigne Article 23 van Télé-Service, die twee personen hebben afgevaardigd om het werk te delen.

De PSB hebben elkaar één keer per maand ontmoet in het kader van een intervisie onder leiding van twee medewerkers van de Ondersteuningscel van de SMES-B. Die Cel stond eveneens ter beschikking van de PSB ingeval die tijdens het actieonderzoek problemen zouden ervaren tijdens een welbepaalde begeleiding.

Het betreft hier een pluridisciplinaire tweedelijnsstructuur die zich profileert als een ondersteuningsorganisme voor de professionele zorgverleners die werken met het doelpubliek. Deze structuur kan geactiveerd worden op vraag van elke professionele zorgverlener die in een moeilijke situatie verkeert en die hulp wil inroepen om uit een bepaalde impasse te geraken.

Deze structuur, die reeds bestaat sinds 2002, is samengesteld uit een psychiater, een psycholoog, een psychiatrische verpleegkundige, een maatschappelijk assistente en een coördinatrice. Een huisarts heeft het team verlaten tijdens het actieonderzoek.

Elke oproep afkomstig van een professionele zorgverlener in problemen wordt besproken in teamverband, waarbij een ontmoeting wordt gepland tussen de aanvrager en de collega's om oplossingen te zoeken en de situatie te deblokken. Het is pas na die ontmoeting dat de hulpverleners van de Cel beslissen om de patiënt/cliënt eventueel te ontmoeten in aanwezigheid van de professionele zorgverlener om deze beter te oriënteren. Het gebeurt dat de Cel tussentijds een diagnose en behandeling voorstelt om te werken aan een heroriëntering, steeds in samenspraak met de zorgverlener op het terrein die de aanvraag heeft gedaan.

Naast zijn klinisch werk neemt het team van de Ondersteuningscel ook deel aan de intervisies die de SMES-B jaarlijks organiseert, en die zich richten tot alle professionele zorgverleners die geconfronteerd worden met situaties op de intersectie tussen het sociale en de mentale gezondheidszorg.

3. 3. Methodologie van de gegevensverzameling

Er werd geopteerd voor een combinatie van methodologieën waarbij gegevens konden worden verzameld van de individuen en van de groep, teneinde de gegevens te trianguleren, en de bekomen resultaten beter te kunnen plaatsen in de institutionele context van elke PSB, en om de uitwisselingen met de onderzoeker vertrouwelijk te houden.

Observaties van de onderzoeker tijdens de interviews

De methodologie van de interview stimuleert en vergemakkelijkt de uitwisselingen tussen « peers » en de creatie van een productieve werksfeer in groep, met de bedoeling de individuele competenties te vergroten en het werken in een netwerk te creëren. Elke maand werden interviews met een duur van 2 uur geprogrammeerd. De observatie van die uitwisselingen door de onderzoeker is een methode om op een snelle wijze belangrijke informatie te verzamelen, meer bepaald over de vastgestelde problemen, over de uitgetoede interventies en over de aandacht die besteed werd aan het contextuele kader. De uitwisselingen wijzen op de gelijkenissen en de verschillen tussen de ervaringen van de verschillende PSB.

Roadbooks

De PSB hebben individuele notities genomen, die ze vervolgens hebben overgemaakt aan de onderzoeker. Die notities bevatten hun observaties en hun ervaringen tijdens de hele duur van de mobiele begeleiding. Die case-studies maken het mogelijk om op een prospectieve wijze een gedetailleerde studie te maken van het proces van de mobiele psychosociale begeleiding, zoals die ervaren wordt door de PSB.

Tijdens de tweede interview heeft de onderzoeker een voorlopige en niet-exhaustieve lijst voorgesteld van een aantal indicatoren, meer bepaald van hulpmiddelen en processen, die met de PSB werd besproken. Die lijst werd ontworpen als een checklist om de PSB te helpen bij het nemen van notities in de roadbooks (zie bijlage 1).

Groepsgesprekken

Er werden vier werkgroepen georganiseerd met elk met een duur van 2 uur, om de onderzoeker de mogelijkheid te bieden om met de PSB van gedachten te wisselen over de praktijken van de mobiele psychosociale begeleiding. Er werd geopteerd voor de methodologie van het gestructureerde groepsgesprek (*Structured Focus Group*), dat ontwikkeld werd door Dick (2003), en hier gebruikt werd als bijkomende methodologie voor de gegevensverzameling. Op die wijze werden de grote thema's onderzocht die geïdentificeerd werden tijdens de analyse van de gegevens die door de andere voornoemde methodes werden verzameld.

Het betreft hier een methodologie die een gestructureerd proces koppelt aan een niet gestructureerde inhoud. Elke sessie bestaat uit meerdere fases. Bij de aanvang van elke fase stelt de onderzoeker een sleutelvraag aan de deelnemers, een vraag die voorbereid werd op basis van de gegevens die verzameld werden via de eerder gebruikte methodes. De deelnemers moeten enkele notities nemen, en daarna wordt een rondetafelgesprek georganiseerd. Er worden alleen duidende vragen gesteld. Daarna wordt het debat geopend, zodat de thema's en de belangrijkste meningen kunnen worden geïdentificeerd, om daarna te interpreteren wat zonet werd gezegd. Vervolgens stelt de onderzoeker de volgende vraag.

Deze methodologie steunt op de erkenning van de kennis en de denk-, interpretatie- en synthesecapaciteiten van de deelnemers. Ze is gefocust op alle meningen en standpunten van de deelnemers, en vervolgens op de nuances van de verschillende interpretaties op het ogenblik van de synthese. Het belang van deze methode ligt in het feit dat de deelnemers onderzoekspartners zijn, aangezien ze deelnemen aan de interpretatie van de gegevens waarvan ze de belangrijkste bronnen

zijn, wat bevorderlijk is voor de eigen inbreng in de conclusies. De *structured focus group* maakt het mogelijk om concepten te onderzoeken, om te peilen naar de aard en de intensiteit van de bekommernissen, en om de noden te identificeren.

Semi-gestructureerde individuele gesprekken en bezoeken op de werkplaatsen

Bij de start van het actieonderzoek werden enkele bezoeken in de instellingen georganiseerd.

Bij de aanvang van het onderzoek werd een gesprek (contactname, verduidelijking van de taken van elkeen) georganiseerd met het volledige team van de Ondersteuningscel, in aanwezigheid van de coördinator van het Netwerk SMES-B. De verzameling van de gegevens werd vervolgens afgesloten met een groepsgesprek met de 3 hulpverleners van de Cel, die de interviews hebben geleid en die tijdens het actieonderzoek de individuele aanvragen om steun van sommige PSB hebben ontvangen. Tijdens dat gesprek hebben de hulpverleners van de Cel hun mening gegeven over het interviewproces en over de individuele aanvragen van de PSB, alsook over de relevantie van de instrumenten in het kader van het actieonderzoek.

De onderzoeker heeft tevens elke PSB individueel in de instelling ontmoet. In sommige gevallen ging dit gesprek gepaard met een kort bezoek van de werkplaatsen. In het geval van de medewerker van de vzw straatwerk Diogènes heeft de onderzoeker de PSB begeleid tijdens zijn ronde aan het Zuidstation.

Telkens werden in een boekje enkele algemene vragen en enkele meer specifieke vragen genoteerd om een of ander onderwerp te verduidelijken dat in het roadboek werd behandeld.

Om ethische redenen werd een voorbereidende en vertrouwelijke versie van dat verslag ter goedkeuring aan de PSB voorgelegd. De eerste lezing daarvan heeft aan de PSB tevens de mogelijkheid geboden om commentaar te geven die vervolgens in de latere versie werd opgenomen.

3. 4. Methodologie van de gegevensanalyse

De verschillende schriftelijke gegevens werden geanalyseerd aan de hand van de methode van *content analysis* (Taylor-Powell en Renner, 2003). Naarmate de schriftelijke gegevens en de verschillende observatienotities van de focusgroepen en van de gesprekken ontwikkeld werden, is de onderzoeker overgegaan tot de identificatie van thema's, en vervolgens van subthema's die uit de verzamelde gegevens naar voren kwamen. Elke (sub) categorie werd gecodeerd. De codes werden inductief ontwikkeld, en de gecodeerde gegevens werden opgeslagen in een tabellensysteem om vergelijkingen mogelijk te maken.

3. 5. Ethische beschouwingen

Tijdens het eerste wetenschappelijke Comité werden de ethische beschouwingen met betrekking tot het actieonderzoek uitgebreid besproken. Na de verduidelijking van de taken van elkeen werd beslist dat de focus van het onderzoek bij de psychosociale begeleider zou liggen, in de context van zijn werk als mobiele begeleider. De begeleide personen waren niet rechtstreeks betrokken bij het actieonderzoek, en het werd niet relevant bevonden om hen daarbij individueel te betrekken.

De inhoud van het klinische dossier van de begeleide persoon werd noch aan de onderzoeker noch aan de andere deelnemers onthuld. De gegevens die met het oog op het onderzoek aan de onderzoeker werden meegedeeld, hadden betrekking op de modaliteiten en de problemen bij de uitvoering van de mobiele begeleiding. De gegevens betreffende de situatie van de begeleide personen werden anoniem gemaakt.

Er werd niet gevraagd om een agenda bij te houden over het chronologische verloop van de activiteiten. Het actieonderzoek was gericht op de meningen van de PSB over het proces van de mobiele psychosociale begeleiding. Om die reden werd een grote manoeuvreerruimte gelaten aan de PSB bij het maken van notities en bij de formulering van hun gedachten en van hun activiteiten. De thema's die door de onderzoeker op basis van de roadbooks gedistilleerd werden, hebben de besprekingen gevoed tijdens de *structured focus groups*. De roadbooks werden enkel aan de onderzoeker overgemaakt en werden vertrouwelijk behandeld.

Na het gesprek met het wetenschappelijk Comité werd beslist om aan de PSB te vragen om een eerste vertrouwelijke versie van het onderzoeksrapport te lezen en goed te keuren, voordat die aan andere instanties werd verspreid, om het vertrouwelijke karakter van de meningen en van de uitingen van de PSB tijdens hun communicaties met de onderzoeker te vrijwaren. De gegevens die zij te expliciet vonden of die hun relatie met collega's of oversten in het gedrang zouden kunnen brengen, konden op hun verzoek gewijzigd en zelfs geschrapt worden door de onderzoeker.

4. Proces van het actieonderzoek

Activiteiten van de PSB

De 10 PSB hebben de zorgbehoevenden die zich aanboden in hun instelling fysiek begeleid in het kader van hun dagelijks werk. Voor de meeste PSB was het een werkinstrument dat ze kenden. Het is evenwel de hoofdactiviteit van de straathoekwerker van Diogènes en van de PSB van het Netwerk Hepatitis C. Voor de PSB die werkzaam zijn in andere structuren, zoals de MSOC, Rivage – den Zaet of Consigne 23 van Télé-Service, maakt de mobiele begeleiding deel uit van de institutionele praktijken, zonder dat die de voornaamste aanpak vormt. De mobiele begeleiding was voor anderen dan weer nieuw, zoals Hoeksteen en Entr’Aide des Marolles. In dat laatste geval maakte de mobiele begeleiding het voorwerp uit van een intern onderzoek in de instelling.

Er werd overeengekomen dat de instellingen de PSB gedurende 4 uur per week vrij zouden laten voor de planning, de uitvoering, de beschrijving en de evaluatie van het proces van hun mobiele begeleidingen, om hulpmiddelen te identificeren, eventuele problemen op te lossen, en om met hun ‘peers’ van gedachten te wisselen tijdens de verschillende daartoe voorziene ontmoetingen.

Tabel 1. : Tijdslijn van de actie

<i>Maand</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>11</i>	<i>12</i>
Mobiele begeleiding		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Roadbooks			X	X	X	X	X	X				
Intervisies		CA	T	H	M	D	X		R		CA	M
Focus Groups					X				X	XX		

OS = Ondersteuningscel ; T = Télé-Service ; H = Netwerk hepatitis C ; M = MSOC ; D = Diogènes ; R = Rivage - den Zaet.

Wetenschappelijk Comité

Tijdens het actieonderzoek is een wetenschappelijk Comité, samengesteld uit zes leden en voorgezeten door een vertegenwoordiger van het Observatorium voor Welzijn en Gezondheid, drie maal samengekomen in aanwezigheid van een vertegenwoordiger van de promotor. De leden hebben deelgenomen aan de verduidelijking van de taken van de deelnemers, van de doelstellingen, van de keuze van de gebruikte methodes, aan het zoeken naar documenten in verband met het bestudeerde onderwerp, en ook aan het lezen van het onderzoeksrapport.

Pilootcomité

Het Pilootcomité is acht maal samengekomen, en heeft toegezien op de vordering van het onderzoeksprotocol, op het verloop van het actieonderzoek, alsook op de naleving van de verschillende etappes van het onderzoek. Dat Comité, dat werd voorgezeten door de promotor, bestond uit de directeurs van de acht instellingen die aan het actieonderzoek hebben deelgenomen.

Aanpassingen tijdens het proces van het actieonderzoek

Kort na de start van het actieonderzoek werd beslist om de rol van de deelnemers opnieuw te verduidelijken na opmerkingen van het wetenschappelijk Comité. De vertegenwoordiger van de promotor en coördinator van het Netwerk SMES-B, die bij het hele voorbereidingsproces van het actieonderzoek betrokken was, had namelijk aanvankelijk als secretaris deelgenomen aan de interviews. Er werd geoordeeld dat het beter was om die praktijk op te schorten, om een scheiding te behouden tussen de promotor en de PSB, teneinde elk belangenconflict te vermijden.

Tijdens de tweede interview werden de PSB van die aanpassing op de hoogte gebracht : de interview zou voortaan hetzelfde model volgen als dat van de interviews die jaarlijks door de SMES-B georganiseerd worden, met name dat elke zitting zou beginnen met de voorstelling van een klinisch vignet door een deelnemer, gevolgd door uitwisselingen in groep onder leiding van de deelnemers van de Ondersteuningscel.

Na vier interviews werd beslist dat de onderzoeker niet meer zou aanwezig zijn als waarnemer bij de interviews, enerzijds gezien de overlapping met de gegevens die verzameld werden via de roadbooks, en anderzijds om tijd te besparen. Er werd beslist om de tijd van de onderzoeker voor te behouden voor de analyse van de inhoud van de schriftelijke gegevens, de focus groups en de individuele gesprekken. De interviews werden voortgezet om aan de PSB een stimulans te bieden om na te denken en ideeën uit te wisselen. Dat proces werd geëvalueerd tijdens de laatste focus group, aan het einde van de cyclus. De PSB hebben in totaal aan 9 interviews deelgenomen.

Voor de laatste drie interviews en na het vertrek van de huisarts van de Ondersteuningscel werd het team gewijzigd : de psychiater van het team heeft die taak overgenomen.

Tabel 2. : Tijdslijn van het onderzoek

<i>Maand</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>11</i>	<i>12</i>
Pilootcomité	X	X	X		X	X			X	X	X	X
Wetenschappelijk Comité		X				X				X		
Observaties / Interviews		X	X	X					X			
Focus Groups					X				XX	X		
Bezoeken	CA	H, T					E		D	R, C		
Gesprekken							E		D, M	H,C, T,P,R,CA		
Analyses			X	X	X	X	X	X	X	X		
Literatuur	X	X	X				X	X	X			
Opstellen rapport								X	X		X	X

OS = Ondersteuningscel ; H = Hoeksteen ; T = Télé-Service ; E = Entr'Aide des Marolles ; H = Netwerk hepatitis C ; M = MSOC ; D = Diogènes ; R = Rivage - den Zaet ; C = UMC Sint-Pieter.

5. Documentatieonderzoek

Obstakels bij het opsporen van mobiele psychosociale begeleidingen die zich richten tot patiënten die te maken hebben met sociale uitsluiting en psychische aandoeningen.

Het documentatieonderzoek werd belemmerd door het bestaan van een groot aantal benamingen voor benaderingen die verwant zijn met de « mobiele », « fysieke », « individuele » psychosociale begeleiding. In België wordt dat type van begeleiding beschreven in de context van het werk van teams die actief zijn in de psychiatrische zorg in de thuissituatie (PZT), maar die zich niet uitsluitend richten tot het doelpubliek van deze onderzoekactie.

In de Franstalige literatuur kan de term « accompagnement » wijzen op een reeks van sterk uiteenlopende benaderingen, gaande van een opvang en een « face to face » begeleiding tot een behandeling « aan de zijde » van de patiënt. Reeds tientallen jaren worden in de Engelse literatuur modellen beschreven van *assertive outreach*, *assertive community treatment* en *case management*, die in het Nederlands vaak als dusdanig worden overgenomen. De term « sociale uitsluiting » in combinatie met psychische aandoeningen verwijst vaak naar het statuut van *daklozen*. De Belgische teksten verwijzen naar een meer algemene definitie, meer bepaald het verlies van sociale rechten (geen sociale zekerheid, illegaal verblijf op het grondgebied, dakloosheid [de patiënten verblijven soms bij vrienden]).

Plaats van de mobiele psychosociale begeleiding in het kader van het beleid van de geestelijke gezondheidszorg

In het kader van het beleid van de geestelijke gezondheidszorg vinden we een groot aantal voorbeelden terug van pleidooien voor geestelijke gezondheidszorg in de maatschappij, zowel op het internationale vlak (Thornicroft & Tansella, 2003) als op het nationale vlak (Psy 107, 2012 ; Mariage, 2010).

Talrijke auteurs geven een beschrijving van begeleidingsinitiatieven, in de maatschappij, van personen die te maken hebben met mentale gezondheidsproblemen. Het systeem lijkt aanzienlijke gebreken te vertonen voor patiënten die ernstige sociale en mentale problemen combineren. Om (somatische en mentale) medische zorgen te kunnen ontvangen, richten de zorgbehoevenden zich vooral tot dure diensten die spoedhulp verstrekken (Stefancic & Tsemberis, 2007). Er wordt gewezen op de fragmentatie van het zorgsysteem (Randolph et al., 2002), het gebrek aan integratie en functionele interfaces, de onleesbaarheid van het aanbod van de zorgverlening in het algemeen (Van Den Eynde, 2005), het aanbod van een te veeleisende zorgverlening (Mariage, 2010) of van een inadequate zorgverlening in crisissituaties (Van Den Eynde, 2005 ; Similes, 2012).

In de context van de huidige economische conjunctuur moet men daarbij nog de hoge prijzen van de huisvesting, de zware druk van de zorgverstrekkers om steeds meer te presteren met minder middelen, en de kostprijs van de zorgverlening voegen (wat rampzalig is voor diegenen die hun sociale rechten verloren hebben, maar ook zwaar is voor de zorgbehoevenden die weliswaar gedekt zijn door een ziekenfonds maar financiële problemen hebben). Van Den Eynde (2005) concludeert door de concepten van autonomisatie en responsabilisering als nieuwe waarden van de maatschappij aan te klagen, waardoor de verantwoordelijkheid van het probleem van sociale inclusie op de schouders van de zwaksten worden gelegd.

Voorbeelden van (mobiele) psychosociale begeleiding

Er werden reeds vele communautaire benaderingen van de geestelijke gezondheid ontwikkeld, die zich richten tot een bevolkingsgroep die lijdt aan een (ernstige) geestesstoornis.

De benadering van het *case management* is ontstaan in de jaren '60 in de VS als een alternatief voor de hospitalisatie, en, vanaf de jaren '80 in het Verenigd Koninkrijk, na een hervorming van de gezondheidszorg (Grech, 2002). Het concept van Housing First (HF) is erin geslaag om in een nochtans eerder vijandige context begrippen te introduceren zoals de risicobeperking, het niet lineaire parcours van het herstel of de vaststelling dat de professional helemaal onbekwaam lijkt om te oordelen of een dakloze persoon al dan niet « klaar is om te worden gehuisvest » (Padgett et al., 2011). Van de zogenoemde ACT benadering (*Assertive Community Treatment*) worden verschillende varianten beschreven.

In een groot aantal landen werden diensten voor psychiatrische zorg thuis en/of op de leefplaatsen ontwikkeld: de PZT (Psychiatrische Zorg in de Thuisituatie) en de SPAD (Soins Psychiatriques à Domicile) in België, de teams van *Bemoezorg* in Nederland (Van de Lindt, 2006 ; Tielens en Verster, 2010), en de projecten voor thuiszorg waarbij « persoonlijke begeleiders » worden ingeschakeld (Brook et al., 1998). Een voorbeeld daarvan in Frankrijk is Diogène in Rijsel, een mobiel en pluridisciplinair team dat actief is op het vlak van de geestelijke gezondheid en precariteit, en dat opgericht werd als een intersectorale benadering van de geestelijke gezondheidszorg voor een publiek van daklozen (Guesdon et al., 2003).

Sommige auteurs pleiten voor een duidelijk onderscheid tussen de verschillende modellen, anderen wijzen op de verwarring onder de onderzoekers en in de literatuur (Gournay, in Grech, 2002). Maar de etiketten blijken soms bedrieglijk (Burns et al., 2006). Vandaar het belang om de bestudeerde praktijken gedetailleerd te beschrijven.

In de literatuur wordt melding gemaakt van verschillende doelstellingen van de invoering van mobiele begeleidingen : ontwikkeling van een vertrouwensband met de patiënt, verbinding tussen adequate diensten, betere toegang tot diverse en/of continue zorgverlening in de maatschappij (The Sainsbury Centre for Mental Health, 2001), de patiënt thuis houden (Stefancic et al., 2007), alarm en oriëntatie, steun aan de directe omgeving van de patiënt (Henrard, 2004).

De taken van de begeleiders die in de literatuur worden beschreven, zijn uiteenlopend : aanknopen en onderhouden van het contact, screening / diagnose van de psychische aandoeningen, identificatie van de noden, planning van de behandeling, verstrekking van een continue dienstverlening (Morse et al., 1996). In de meeste gevallen gaat het om pluridisciplinaire teams die bestaan uit psychiaters, psychologen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, soms ook ergotherapeuten en andere professionele medewerkers). In België wordt voor de samenstelling van de teams een grote vrijheid gelaten bij de keuze van de formules (Henrard, 2005). Sommige teams werken meer via een key worker, terwijl de patiënt in andere gevallen door een heel team wordt behandeld. De case-loads zijn veel kleiner wanneer het gaat om een intensieve begeleiding.

Tijd is een bijzonder kostbaar element : begeleiding is doorgaans een werk van lange duur, ook al wordt soms een intensieve investering gevraagd in een vrij korte periode (The Sainsbury Centre for Mental Health, 2001). Andere auteurs beschrijven benaderingen van lange duur (Freeman, 2000, in Grech, 2002), zelfs van onbepaalde duur (Marks et al., 1994, in Grech, 2002).

Impact van de beschreven benaderingen

Volgens Ng & Mc Quiston (2004), « ... *nergens anders is buurtwerk zo relevant als bij het aanbieden van diensten aan daklozen met een psychische aandoening* ».

De gevolgen van de mobiele psychosociale begeleiding zijn goed gedocumenteerd voor wat betreft de noodzaak van een hospitalisatie van de zorgbehoevenden, hun lichamelijke en geestelijke gezondheid, de toegang tot huisvesting en de kosten. Over het effect op de levenskwaliteit van de patiënt is evenwel weinig documentatie beschikbaar.

Sommige studies bevestigen een impact van de buurtbegeleidingen op de duur van de hospitalisatie, maar dan wel in precieze omstandigheden, zoals de strikte naleving van de ACT- behandeling, de behandeling op lange termijn, de globale en niet alleen psychiatrische behandeling (Grech, 2002 ; Burns et al., 2001) of de overname door het ACT team op het ogenblik van vertrek uit het ziekenhuis (Marks et al., 1994). Die impact werd niet gedocumenteerd voor de daklozen met een psychische aandoening (Marchall et Lockwood, 1998, in Grech, 2002).

Burns et al. (2006) wijzen daarentegen op het « black box » karakter van de modellen, met inbegrip van de placebostudies in onderzoeken die de efficiëntie van de verschillende benaderingen vergelijken.

Verschillende studies tonen aan dat de buurtgerichte geestelijke gezondheidszorg leidt tot een betere toegang tot verzorging, tot regelmatigere contacten met de diensten voor geestelijke gezondheidszorg en tot een verbetering op het vlak van de huisvesting, van de sociale werking en van de geestelijke toestand (Lam & Rosenheck, 1999 ; Rosenheck et al., 2002 ; Thornicroft et al., 1998).

We wijzen erop dat veel onderzoekers bekommerd lijken over de kostprijs/efficiëntie verhouding. Grech (2002) merkt op dat de veronderstelling dat kan worden bespaard door de invoering van een psychiatrische zorgverlening in de maatschappij blijkbaar weinig in vraag wordt gesteld door de onderzoekers: « ... *de notie dat de zorgverleners een « evidence-based » aanpak zouden moeten hanteren, niet met de bedoeling om kwaliteitsvolle praktijken te promoten, aangezien die wetenschappelijk reeds zijn bewezen, maar veeleer met de bedoeling om competitiever te zijn gezien de zeldzame middelen, lijkt weinig te worden tegengesproken* ». Kwaliteitsvolle zorgverlening in de maatschappij lijkt ten slotte evenveel te kosten als de zorgverlening in een ziekenhuis (Marchall & Lockwood, 1998, in Grech, 2002).

De *Housing First* initiatieven lijken echt efficiënt om de problemen te beperken die verbonden zijn met drugs/alcoholverbruik, de kosten van dringende opsluiting en huisvesting, en de inschakeling van medische spoeddiensten (Larimer et al., 2009). Die initiatieven bieden aan de patiënten de mogelijkheid om autonoom te leven met de actieve steun van een ACT-team dat werd opgenomen in het project (Stefancic et al., 2007 ; Tsemberis et al., 2012 ; Gilmer et al., 2010).

Slechts weinig onderzoekers hebben tot op heden de impact bestudeerd van de buurtwerkers op het welzijn en de levenskwaliteit van de patiënt. Smith et al. (1999) en Philips (2001) waarschuwen voor het risico om af te glijden naar een dwingend en paternalistisch model (meer bepaald met betrekking tot het toedienen van medicamenten). Andere criteria over het welslagen van de buurtgerichte benaderingen, zoals de impact daarvan op de psychopathologie, de levenskwaliteit en de tevredenheid van de patiënt, moeten nog nader worden onderzocht (Priebe et al., 2004).

Werken op het terrein

Er wordt veel aandacht besteed aan de gewenste competenties, niet alleen onder de buurtwerkers (*outreach worker*) (Pates & Blakely, 1994 ; Stefancic & Tsemberis, 2007 ; Brook et al., 1998), maar ook onder hun coördinatoren en verantwoordelijken (Pates & Blakely, 1994 ; Friedman et al., 1990).

Het complexe karakter van de problemen van de doelbevolking kan het werk op het terrein ingewikkeld maken (McHugo et al., 2006 ; Drake et al., 2006, in Padgett et al., 2011 ; Delvaux, 2005). De werkvoorwaarden kunnen bijgevolg moeilijk zijn. Sommige auteurs staan stil bij de caseload : er bestaat geen consensus over de limieten betreffende het aantal te behandelen personen. Verschillende auteurs benadrukken de nood aan middelen voor kwaliteitscontrole (The Sainsbury Centre of Mental Health, 2001 ; Brook et al., 1998). Het beheer van het risico op geweld, de veiligheid van de gezondheidswerker en van de patiënten zijn onderwerpen die behandeld worden door The Sainsbury Centre of mental Health (2001) et Brekke (2001). Andere auteurs schenken aandacht aan de risico's van psychische aard, zoals een burn-out van de gezondheidswerkers (Philips, 2001 ; Delvaux, 2005).

Sommige auteurs wijzen dan weer op de problemen die ervaren worden tijdens het werk en in het netwerk, en die meer bepaald te wijten zijn aan de miskennis van de bestaande netwerken en aan de verzadiging van sommige daarvan (Mariage, 2010 ; Delvaux, 2005).

Voor meer details zie bijlage 2.

6. Resultaten

6. 1. Diversiteit van de praktijken en kenmerken van het werk van elke PSB

Aan deze onderzoekactie hebben acht instellingen deelgenomen. Ze verschillen qua opdracht, werkfilosofie, samenstelling van de teams, werkplaats, kenmerken van hun doelpubliek, contacten met de patiënten en de combinatie van benaderingen en interventies. Die kenmerken beïnvloeden de doelstellingen en de praktijken op het terrein van de PSB.

De opvangvoorwaarden zijn uiteenlopend, gaande van een onvoorwaardelijke en kosteloze opvang bij de enen tot een hele waaier van betalende opvangvormen, in de vorm van volledige of gedeeltelijke tussenkomsten van het ziekenfonds, voorwaarden van het OCMW, dringende medische hulp of persoonlijke deelname van de patiënten.

Sommige instellingen bieden een anonieme opvang, andere verwachten dat de patiënt, in verschillende mate, zijn identiteit, zijn verleden, zijn huidige situatie onthult door afspraken op naam voor te stellen, door identiteitsdocumenten te vragen die in orde zijn of door te vragen dat de patiënt uitdrukkelijk aangeeft dat hij die in orde zal brengen.

De mobiele psychosociale begeleiding is in sommige gevallen een éénmalige praktijk en in andere gevallen één van de vele praktijken. In nog andere gevallen betreft het een zeldzame benadering, die bij de start van het actieonderzoek vrijwel onbestaande was.

De extramurale activiteiten die beschreven worden door de PSB, zijn uiteenlopend : gerichte of terugkerende contacten op straat, om een band te onderhouden, te luisteren en te observeren, fysieke begeleidingen van de patiënt naar de gemeente, het OCMW, bij de advocaat, op medische raadplegingen of voor een opname in het ziekenhuis, bij een bezoek aan een leefplaats of een dagcentrum. Zo gebeurde het dat een PSB een patiënt niet alleen begeleidde naar zijn afspraak, maar ook om het « geheugen van die patiënt » te zijn, omdat die te maken had met onomkeerbare cognitieve problemen. In andere gevallen verplaatste de PSB zich om de patiënt thuis of in het ziekenhuis te bezoeken, of om af te spreken met een naaste van de patiënt of met andere personen die een netwerk rond die persoon vormden.

De vereniging van de straathoekwerkers van Diogènes werd 17 jaar geleden opgericht. Het team bestaat uit verschillende zorgverleners, waarvan het merendeel maatschappelijk werkers zijn. De psychosociale begeleider die deelnam aan het actieonderzoek, is een verpleegkundige met een Masterdiploma geestelijke gezondheidszorg. De taak van de vzw Diogènes is het aanknopen van een band met de bewoners van de straat, met respect voor hun vragen, rekening houdend met hun verhouding tot de tijd, hun leefritme en met de verlangens van de daklozen, en dat alles met de bedoeling op een dynamische wijze verandering te creëren om de sociale banden herop te bouwen. In tegenstelling tot andere structuren van straatwerk beperkt de vzw Diogènes zich niet tot een welbepaald grondgebied, maar volgt deze de straatbewoners zolang mogelijk op het hele grondgebied van Brussel-Hoofdstad en in de luchthaven. De leden van het team beperken zich niet tot de aanvragen van de daklozen, maar formuleren ook voorstellen, om, in samenspraak met hen, het leefcomfort van de betrokken personen te verbeteren. De zorgverleners moeten bijgevolg informatie bezitten over een groot aantal diensten en procedures, zowel op het juridische vlak, als op het vlak van huisvesting, gezondheid, ... De mobiele psychosociale begeleiding maakt bijgevolg integraal deel uit van het dagelijkse werk van alle zorgverleners van deze instelling.

De vzw Hoeksteen is een nachtasiel dat reeds 25 jaar bestaat. Het team bestaat uit een directeur, opvoeders (waarvan sommigen nog in opleiding) en sociaal assistenten, waarvan er zes om beurten 's nachts werken. Anderen werken dan weer uitsluitend 's avonds. De werkfilosofie van deze instelling omvat een onvoorwaardelijke en kosteloze opvang van maximaal 48 volwassen personen aan wie een warme en veilige nacht wordt gegarandeerd. Wanneer zich meer dan 48 personen bij het openen van de poort (om 20.00 uur) aanmelden, wordt bij loting bepaald wie binnen mag. Gezien de selectie van de patiënten in de twee andere structuren voor noodopvang in Brussel-Hoofdstad (Ariane en Samu Social) richt de Hoeksteen zich meer tot illegalen, waarvan sommigen zich in een geestelijke noodsituatie bevonden.

De patiënten zijn niet verplicht om (een deel van) hun leven te onthullen om opvang te genieten. Het team houdt geen enkel schriftelijk bewijs van hun aanwezigheid bij. De contacten met de patiënten worden aangeknoopt wanneer die personen langskomen en op basis van de opvangcapaciteit met het centrum. Op vraag van de opgevangen personen verstrekken de leden van het team informatie, en worden de desbetreffende personen eventueel naar de passende structuren verwezen.

De mobiele begeleiding maakt helemaal geen deel uit van de benaderingen van deze instelling, en wordt in geen enkele functiebeschrijving van de zorgverleners vermeld. De PSB die aan deze onderzoekactie deelnam, is een sociaal assistente met een master in sociaal werk en een professionele ervaring van 8 jaar in die werkomgeving. Ze was geïnteresseerd in dit initiatief omdat ze deze benadering wou uitproberen in de specifieke context van het doelpubliek en van de opdracht van Hoeksteen.

Consigne Article 23 van de vzw Espace Social Télé-Service heeft tijdens het actieonderzoek een moeilijke periode van reorganisatie doorgemaakt. Het team bestond uit 10 zorgverleners : 4 bezoldigde medewerkers en 6 vrijwilligers. Vandaag zijn er nog slechts 2 bezoldigde medewerkers. De collectieve opvang die er aangeboden wordt aan daklozen, is onvoorwaardelijk gedurende 4 voormiddagen per week. De personen kunnen er hun persoonlijke zaken in een kastje stoppen, wat uitrusten en een koffie drinken, en allerlei aanvragen doen die kunnen leiden tot een meer structurele begeleiding.

Overbezetting en steeds vaker voorkomende conflicten in de opvang (tot 50 personen tegelijk) hebben het team en de directie verplicht om die opvang te reorganiseren. De toegang tot hun diensten is voortaan beperkt in aantal, en wordt voorafgegaan door een individueel gesprek, om de persoon een betere individuele begeleiding te kunnen bieden, en een opvangkader voor te stellen. De personen ontvangen een lidkaart nadat die zich akkoord hebben verklaard met de regels van de instelling. Consigne Article 23 wordt voornamelijk bezocht door een mannelijk publiek, waarvan de meesten geen papieren hebben. Sommigen zijn gewoon op doortocht en knopen weinig of geen banden aan met de instelling, met anderen wordt geleidelijk aan een band opgebouwd tussen het « verdwijnen » en het terugkeren. Op vraag van de personen worden psychosociale begeleidingen aangeboden. Die kunnen de vorm aannemen van luistermomenten en van individuele of collectieve gedachtenuitwisselingen, voorstellen via de telefoon of per brief. De hulpverlening omvat eveneens budgetbeheer, en soms extramurale, mobiele begeleidingen, bijvoorbeeld naar het ziekenhuis, het OCMW, naar huisvestingscentra, maar zelden thuisbegeleiding.

Aan het actieonderzoek hebben twee medewerkers deelgenomen. Ze hebben beiden een opleiding van assistent psychologie, gevolgd door een Licentie in Gezinswetenschappen en seksualiteit. Ze werken reeds verschillende jaren in de instelling. De ene halftijds als psychosociale begeleidster bij Consigne Article 23, en halftijds bij de Jeugddienst voor bijscholing thuis. De andere is verantwoordelijk voor het interne project *Sur le Fil*, en fungeert als aanspreekpersoon voor de bezoldigde medewerkers en vrijwilligers van de eerste lijn, wanneer die vragen hebben met betrekking tot hun begeleidingen. Samen met anderen leidt ze de supervisies van Consigne Article 23. Ze is tevens de vertrouwenspersoon in de instelling.

Het team « Volwassenen » van het **Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Rivage - den Zaet** bestaat uit 10 therapeuten : maatschappelijk werkers, psychologen, een psychiater en een huisarts. De directeur is een psychiater die geen medische functie uitoefent in de instelling.

De instelling richt zich tot alle personen met psychische aandoeningen, die zich willen inschrijven voor een behandeling op middellange en lange termijn. De aanvragen gaan uit van de patiënten zelf, van huisartsen en van medische instellingen, opvangtehuizen, het team van het Klein Kasteeltje (Fedasil) en van om het even welke andere instelling. De patiënt moet in staat zijn om naar de raadpleging op afspraak te komen. Het gebeurt dat die afspraak aan de personen in problemen telefonisch herinnerd moet worden. Er wordt samen met de patiënt een financiële deelname per raadpleging overeengekomen. De financiële deelname mag evenwel geen rem vormen op de raadpleging, die ook kosteloos kan zijn. Erg verwarde personen worden doorgaans verwezen naar de Ondersteuningscel van de SMES-B, aangezien de psychiater die verantwoordelijk is voor het team « Volwassenen » van Rivage ook werkzaam is bij de Ondersteuningscel. In het team werken ook veel therapeuten met een psychoanalytische benadering en anderen met andere benaderingen van psychische aandoeningen.

Na een analyse van de situatie wordt de patiënt ofwel verwezen naar de medewerker die het best geplaatst lijkt voor het probleem, ofwel naar een externe structuur. Soms worden ook interdisciplinaire co-consulten georganiseerd. De therapeuten houden een dossier bij van elke persoon.

De PSB van Rivage - den Zaet is een sociaal assistente met een lange professionele ervaring in structuren die geestelijke gezondheidszorgen aanbieden. Bovendien volgt ze verschillende permanente opleidingen in de geestelijke gezondheidszorg. Het merendeel van haar werk vindt plaats in het kader van begeleidingen in de instelling, maar extramurale begeleidingen, en voornamelijk bezoeken thuis bij de patiënt, maken ook integraal deel uit van het dagelijkse werk. De PSB begeleidt evenwel enkel zijn/haar eigen patiënten, met wie deze met de tijd een band heeft opgebouwd.

Het Medisch-Sociaal Opvang Centrum / Maison d'Accueil Socio-Sanitaire / (MSOC/MASS) van Brussel is een ambulante structuur die drugsverslaafden begeleidt. Het team bestaat uit 5 huisartsen, 7 opvoeders, 5 sociaal assistenten, 2 psychologen, 2 verpleegkundigen en een directeur/psychiater.

Er wordt een opvangruimte ter beschikking gesteld van de personen, die vervolgens doorverwezen worden naar de verschillende therapeuten. Er wordt een pluridisciplinaire benadering gehanteerd op basis van de identificatie van een therapeutisch project op maat. De begeleiding is holistisch, en richt zich tot de patiënt in zijn globaliteit, waarbij een laagdrempelige opvang en een risicovermindering als principes worden gehanteerd.

De PSB die aan het actieonderzoek deelnam, is een sociaal assistente. Ze beschikt over een rijke ervaring in verschillende domeinen, en werkt momenteel aan een Master in Ontwikkelingssamenwerking. Ze werkt halftijds bij het MSOC sinds 2007, en is actief in verschillende denkgroepen betreffende de toegang tot fundamentele sociale rechten, met name het PSB-net. In haar dagelijkse activiteiten sluit de mobiele psychosociale begeleiding aan bij haar andere activiteiten van begeleiding in de instelling, zoals dat ook het geval is voor sommige van haar werkcollega's.

De **psychiatrische opnameafdeling van het UMC Sint-Pieter** is verhuisd naar de campus César de Paepe, en bevindt zich bijgevolg op een grotere afstand van de andere psychiatrische diensten van het ziekenhuis (psychiatrische urgenties, Liaison-Alcool, Liaison-Toxicomanies et Parentalité-Addiction), hetgeen niet bevorderlijk is voor de integratie en de doorstroming van de zorgen. Deze dienst staat in voor de vrijwillige ziekenhuisopname van personen met allerlei psychische aandoeningen. De meeste patiënten bevinden zich in een grote sociale precariteit : daklozen, illegalen, personen met grote financiële problemen, patiënten die uit hun woonst dreigen te worden gezet.

Het ziekenhuisteam bestaat uit een vijftiental verpleegkundigen, een opvoedster, een logistieke medewerker, een kinesitherapeute, vier psychiaters, een huisarts en een sociaal assistente. De directie organiseert overlegvergaderingen om de banden met de andere psychiatrische eenheden en de *extra-muros* structuren aan te halen.

De psychiatrische ziekenhuisafdeling beschikt momenteel over 30 bedden, en biedt een opvang van vrij korte duur, namelijk ongeveer 3 weken.

De PSB is de enige sociaal assistente van de dienst. Ze heeft eveneens verschillende opleidingen in de geestelijke gezondheidszorg gevolgd. Haar taak bestaat erin kandidaten voor een ziekenhuisopname die te maken hebben met sociale problemen, te begeleiden, wat meer bepaald neerkomt op het vinden van een financiering voor de ziekenhuisopname, en het voorbereiden van de toegang tot de voortzetting van de verzorging na de ziekenhuisopname. Voor elke patiënt wordt een volledig dossier bijgehouden. Mobiele psychosociale begeleiding behoort niet tot haar activiteiten. Daarvoor doet de dienst een beroep op een sociale begeleider. Het actieonderzoek heeft aan deze PSB de mogelijkheid geboden om persoonlijk extramurale, individuele begeleidingen te organiseren, bovenop haar dagelijkse activiteiten.

De vzw Netwerk Hepatitis C werd in 2002 opgericht als een Brussels netwerk van hepato-gastro-enterologen, huisartsen, medewerkers die actief zijn in verschillende ziekenhuizen, medische centra, verenigingen gespecialiseerd in de risicobeperking die verbonden zijn met het druggebruik, en medische centra die aangepast zijn aan de behandeling van drugsverslaafden. In 2006 werd een functie van mobiel psychosociaal begeleider toegevoegd om de toegang tot de gespecialiseerde medische opvolging te verbeteren, alsook de behandeling van personen die besmet waren met het hepatitis C virus. De groep van (ex-) drugsspuitede verslaafden vormt momenteel het belangrijkste reservoir van dat virus.

De twee begeleiders van het Netwerk Hepatitis C hebben aan het actieonderzoek deelgenomen. De ene is een psychologe die halftijds actief is in een ambulante structuur die personen met een drugsverslaving behandelt, en die thans een opleiding volgt in de geestelijke gezondheidszorg in een precaire en multiculturele context. De andere begeleider is een sociaal assistent, die eveneens over ervaring beschikt op het vlak van de sociale uitsluiting en de pluridisciplinaire behandeling van drugsverslaafden. De begeleiders worden meestal gecontacteerd door de artsen die werken in ambulante structuren voor de behandeling van drugsverslaving, zodat hun patiënten begeleid zouden worden op de lange weg van de gespecialiseerde behandeling van hepatitis C. Daarbij worden de verschillende betrokken partijen verenigd in een netwerk rond de patiënt. Ze beschikken over een lokaal op de campus van César de Paepe van het UMC Sint-Pieter, en combineren de contactnames en de begeleiding in en buiten de instelling. Hun deelname aan het actieonderzoek kadert in hun wens om hun competenties te delen en uit te wisselen met begeleidende collega's.

L'Entr'Aide des Marolles : De PSB die deelnam aan het actieonderzoek, is een sociologe die een opleiding heeft gevolgd in bemiddeling en geestelijke gezondheidszorg in een sociale context. Ze beschikt over verschillende werkervaringen, meer bepaald in de huisvesting van geplaatste minderjarigen, in een medisch centrum, in de gemeenschapsgezondheid, in de opvang van patiënten en in de projectcoördinatie.

De functie van *medisch*-sociale begeleidster die zij uitoefent, kadert in een project dat eind 2010 is gestart om een betere toegang tot de zorgverlening te bieden in de wijk Rouppe rond 3 assen : steun aan de patiënten, steun aan de professionele medewerkers en uitbreiding van het aanbod van algemene geneeskunde in deze wijk. Dat project werd opgezet en uitgevoerd in partnerschap met het Maison Médicale des Marolles, l' Entr'Aide des Marolles en het OCMW van de Stad Brussel. De begeleidster heeft zich tot doel gesteld de toegang tot de zorgverlening te verbeteren vanuit de vraag van de patiënten zelf, en deel te nemen aan de evaluatie van de relevantie van die functie. Op basis van de begeleidingen draagt ze trouwens bij aan de globale denkplaatje van het project betreffende de remmen op de toegang tot de zorgverlening en mogelijke oplossingen.

De begeleidingen kunnen geactiveerd worden op vraag van drie partners : l'Entr'Aide des Marolles, la Maison Médicale des Marolles en de antennes Artois en Miroir van het OCMW van Brussel-Hoofdstad.

De deelname van de begeleidster van l'Entr'aide des Marolles aan het actieonderzoek is gemotiveerd door haar wens om bij te dragen aan en te leren uit de denkpistes rond de praktijk van mobiele begeleiding, en de eventuele uitbreiding daarvan naar een meer globale functie die ook andere actieterreinen omvat.

6. 2. Verschillen in het nemen van notities in de roadbooks

De methode van het nemen van persoonlijke notities in de roadbooks liep sterk uiteen van de ene tot de andere PSB. Sommige PSB hebben geopteerd om het voorgestelde schema te volgen (gebruikname van een niet-exhaustieve lijst van indicatoren zoals de checklist), terwijl anderen daar min of meer van zijn afgeweken. Tijdens de individuele interviews met de PSB is duidelijk geworden dat er verschillen waren van de ene tot de andere PSB bij het selecteren van de te begeleiden en te beschrijven personen. Sommigen beperkten het aantal te begeleide personen om diepgaander te kunnen werken, terwijl anderen veel personen begeleidden (dat was de hoofdtaak van hun instelling en hun hoofdactiviteit), maar opteerden om personen te beschrijven die zij het meest representatief achtten uit de veelheid en de complexiteit van deze problematiek. Nog anderen beschreven een groot aantal begeleidingen. In nagenoeg alle gevallen betrof het een soort van feuilleton, met beschrijvingen die kaderden in de tijd, naarmate de begeleidingen zich ontwikkelden of personen die uit het zicht waren verdwenen, opnieuw opdoken.

6. 3. Kenmerken van de begeleide personen

De PSB hebben in totaal 26 gevallen (10 vrouwen en 16 mannen) beschreven in hun roadbooks. Eén geval werd door twee PSB behandeld, ingevolge een gezamenlijke opdracht. De gemiddelde leeftijd bedroeg 46 jaar. Van 3 personen werd geen nationaliteit vermeld. 5 personen zijn van Belgische afkomst, 18 van buitenlandse afkomst. Wat betreft de leefplaats, hebben 17 van hen geen huisvesting : 11 leven op straat, 4 in een opvangtehuis, 2 zijn gehuisvest bij familie. Van de 9 personen met een huisvesting wonen er 3 in een sociale woning, en hebben 6 personen een privéwoning. De meeste personen hebben ook sociale problemen : geen huisvesting of een preciaire huisvesting, problemen betreffende de inschrijving (geen papieren, geen ziekenfonds, geen dringende medische verzorging), financiële problemen (geen inkomen, verlies van inkomen, leefloon, verlies van invaliditeitsuitkering, schulden). Tien personen hebben een verleden van geweldpleging.

Op het vlak van de geestelijke gezondheid hadden 7 personen te maken met een bevestigde psychose. Voor 11 personen werd een misbruik van of een verslaving aan psychoactieve stoffen gemeld. 4 personen vertoonden stemmingsstoornissen (met inbegrip van zelfmoordpogingen). 2 personen vertoonden ernstige cognitieve stoornissen, 5 niet gespecificeerde stoornissen en 2 hadden antecedenten van opnames ter observatie.

Op het vlak van de somatische problemen wordt heel vaak melding gemaakt van hygiënische problemen die leidden tot wonden (meer bepaald bij de personen die zich blootvoets verplaatsen). Tevens wordt melding gemaakt van een aantal ernstige problemen op het vlak van de lichamelijke gezondheid, zoals een geval van nierinsufficiëntie met een noodzakelijke nierdialyse, een actieve, chronische hepatitis C in combinatie met levercirrose, een geval van blindheid als gevolg van een niet behandelde diabetes, een geval van gangreen die leidde tot de gedeeltelijke amputatie van de voet en een geval van de ziekte van Crohn.

De PSB van l'Entr'Aide des Marolles maakte eveneens deel uit van een ander onderzoek, en heeft geen casestudy voorgelegd in het kader van deze onderzoekactie. Van de 43 personen die begeleid werden in het kader van zijn onderzoek betreffende de toegang tot de zorgverlening in de wijk Rouppe, beantwoordden 21 aan de criteria van sociale uitsluiting en psychische aandoening. Meer dan 80% was afhankelijk van het OCMW voor zijn inkomen en/of sociale dekking.

6. 4. Confrontatie met de sociale en mentale problematiek

De belangrijkste redenen van de contactname van de PSB met de zorgbehoevende lopen sterk uiteen. In sommige gevallen gaat het veeleer om een sociaal probleem (geen inkomen, geen huisvesting, geen dekking van de gezondheidszorgen), in andere gevallen om een gezondheidsprobleem (permanente verslaving, psychotische decompensatie, somatische ziekte), en soms valt de accumulatie van meerdere problemen meteen op.

Elke instelling vangt patiënten op op basis van haar taken, haar financieringswijze, haar praktijken en haar werkfilosofie. Het contact wordt aangeknoopt ofwel via een of andere aanvraag van de patiënt, ofwel via de identificatie van een behoefte door een medewerker. De reactie op een aanvraag van de patiënt varieert naargelang van de instelling. Zo bieden de patiënten zich in Rivage - den Zaet aan met een vraag om hulp op het vlak van de geestelijke gezondheid, en zijn ze verplicht om zich te houden aan hun afspraak. De therapeute werkt een kader uit dat bevorderlijk is voor de regelmaat van de patiënt, staat in voor telefonische herinneringen en verplaatst zich tot bij hen thuis. De bijdrage van de patiënt is bespreekbaar naargelang van zijn inkomen. De personen die te verward lijken om zich aan die vereisten te houden, worden bijvoorbeeld verwezen naar de Ondersteuningscel van de SMES. Die strategie wordt vergemakkelijkt door het feit dat één en dezelfde psychiater de professionele activiteiten in de beide voornoemde structuren combineert.

Het type van aanvraag van de patiënten varieert van de ene instelling tot de andere, en kan ook variëren in de tijd. Een persoon die aanklopt bij een nachtasiel, bijvoorbeeld, en die op zoek is naar een kosteloze, warme en veilige overnachting, kan andere verzoeken formuleren tijdens de nacht of 's anderendaags 's morgens, voordat hij vertrekt. In het geval van het straathoekwerk van de vzw Diogènes wordt het contact vaak gelegd door de PSB die ernstige problemen van sociale en mentale aard vaststelt op basis van levensverhalen en waarnemingen.

Bovendien wordt de toegang tot de zorgverlening en de behandeling geconditioneerd door de sociale situatie, bijvoorbeeld de dekking door een ziekenfonds, een medische kaart, een procedure van dringende medische hulp, maar ook de financiële mogelijkheid om het vervoer te betalen, om de erelonen van de arts voor te schieten en om een deel van de kosten van de behandeling te betalen. Ook de geestelijke toestand kan de hulp conditioneren die men kan bieden, alsook eventuele resultaten die men mag verwachten van de interventies bij elke patiënt. De PSB benadrukt dat de aanwezigheid van een psychische aandoening de sociale initiatieven bemoeilijkt, en dat de eisen van het sociale milieu soms leiden tot meer frustratie, paranoia, depressie en andere psychische aandoeningen bij de patiënten. Het leven op straat bemoeilijkt ook de toegang tot en de (correcte) uitvoering van de medische behandeling.

6. 5. De mobiele psychosociale begeleiding : Doelstellingen

Proactief of reactief ?

Wat is de doelstelling van een mobiele begeleiding, en wie stelt die doelstelling vast? Sommigen zeggen dat het de aanvraag van de patiënt is die het voorstel tot interventies moet leiden: « ... dat het belangrijk is dat we het ritme van de patiënt respecteren, en dat we ons eigen wensen niet projecteren op de patiënt. Er moet gewerkt worden op basis van zijn aanvraag. »

In sommige gevallen stoot de PSB op het uitblijven van een aanvraag, en zelfs op de weigering van hulp door de patiënt. Hier speelt communicatie een centrale rol. Een aanvraag kan geformuleerd worden op verschillende wijzen. Iemand die zich temidden van het voetpad of op de weg gaat leggen, drukt iets uit. Het hele probleem ligt in het decoderen, in een niet verbale taal, bijvoorbeeld in het geval van taalproblemen, of verbaal: « *Wat wil iemand zeggen die de buurtwerker wegduwt door te zeggen dat het zijn keuze is om op straat te leven? Wat hij daarmee communiceert, is zijn behoefte om een deel van zijn fierheid en waardigheid te behouden.* »

De druppelsgewijze ontmoetingen, die permanent moeten worden bijgestuurd, kunnen door de externe waarnemer geïnterpreteerd worden als passiviteit, terwijl die veeleer de tegenhanger van de proactieve houding blijken.

De prioriteiten kunnen verschillen naargelang van het standpunt van de zorgbehoevende, de PSB, het institutionele team of andere partijen. De kwestie van de aanvraag is nog delicaat wanneer de mobiele begeleiding beslist werd door een andere persoon dan de PSB. Eén PSB was verplicht om van richting te veranderen om de mobiele begeleiding aan te passen aan de prioriteiten van de zorgbehoevende, in plaats van aan die van de andere zorgverlener.

De band tussen de PSB en de zorgbehoevende groeit met de tijd. De aanvragen en de behoeften kunnen veranderen.

Sommige PSB opteren voor een actieve, soms zelfs proactieve aanwezigheid, een *bemoezing* (Tielens en Verster, 2010), een vorm van attent interventionisme waarbij de capaciteiten van de zorgbehoevende maximaal worden gerespecteerd en beschermd.

Uit het geheel van de beschrijvingen van gevallen en van de groeps gesprekken kunnen de volgende doelstellingen onderscheiden worden :

- Iemand, iets doen bestaan

Eén van de doelstellingen die door de PSB werden aangehaald, is het doen bestaan van de zorgbehoevende, door deze een menselijke plaats in de maatschappij te bieden, en door bij deze een verlangen, een project te doen leven. Een PSB drukte zijn manier om een zorgbehoevende te steunen uit door gewoon aanwezig te zijn : « *Ik mag niets aanraken, ik ben enkel aanwezig, en op dit moment is het uit die aanwezigheid dat ze de energie haalt om aan de slag te gaan.* »

- Iemand doen praten, zich uitdrukken

Een tweede doelstelling is iemand te motiveren om te praten, om zich uit te drukken. Dat gaat om een uitwisseling, een deelzaam maken. Sommige PSB eisen het recht op van de zorgbehoevende om gehoord te worden: « *Het komt er in de eerste plaats op aan om de persoon te steunen bij het uitdrukken van zijn standpunt, en ervoor te zorgen dat dat standpunt gehoord wordt ...* ».

Sommige PSB wijzen erop dat de extramuraal begeleiding van de zorgbehoevende tevens een kostbaar onderzoeksinstrument is, waarvan de resultaten met het team moeten worden gedeeld, aangezien die kunnen leiden tot een betere inschatting van de situatie, en, op het medische niveau, tot psychosociale diagnoses.

- Iemand, iets in beweging brengen

Een derde doelstelling die vermeld wordt, is het in beweging brengen : in de eerste plaats de zorgbehoevende, maar ook een project, een administratieve stap, een medische check-up. Veel mobiele begeleidingen krijgen vorm in het kader van een *ondernomen stap*. Verschillende PSB hebben gewezen op het risico om geen aandacht te besteden aan de veerkracht en aan het eigen netwerk van de zorgbehoevende, of om een passieve houding te versterken door begeleidingen aan te bieden: « *ze zijn het dermate gewend om oplossingen van ons te verwachten...* »

Het gebeurt dan ook dat een mobiele begeleiding een structuur op gang brengt, als gevolg van een samenwerking op het terrein tussen verschillende medewerkers van instellingen. Zo heeft de vzw Diogènes een partnerschap gesloten met Puerto, een structuur van het CAW Archipel, om huisvesting te vinden voor daklozen die te maken hebben met ernstige problemen op het vlak van de geestelijke gezondheid.

6. 6. De mobiele psychosociale begeleiding : Oprichting en ontwikkeling

De essentie van de praktijk van de mobiele psychosociale begeleiding wordt beschreven als een werk « ... op je eentje, met je eigen persoon als belangrijkste instrument ».

Buurtwerk

Extramurale begeleiding lijkt eveneens te zijn gekenmerkt door de onzichtbaarheid van het gebruikelijke institutionele kader. We merken op dat de leefplaats van de zorgbehoevende en de werkplaats van de PSB, in sommige gevallen, de straat is. Bij een mobiele begeleiding vindt de ontmoeting tussen de PSB en de zorgbehoevende plaats op de leefplaats van deze laatste of tijdens het samen afleggen van een stukje weg naar de plaats van de hulpverlening. Dat kan leiden tot relaties met een grote toenaderingswaarde: « *Het is een gift voor een gift, een mogelijkheid tot uitwisseling. De patiënt is niet de enige die krijgt ...* » « ... we moeten ons allebei aanpassen aan de plaats waar we samen naartoe gaan ».

Sommige PSB maken gebruik van het informele karakter van hun extramurale werk met klinische doeleinden : « *Ik wil geen formeel gesprek dat het gemoedelijke klimaat dreigt te belemmeren dat de patiënte nodig heeft* ». Andere PSB merken op « *dat een ontmoeting formeel kan zijn op een informele plaats, en heel informeel op een formele plaats* ».

Relatiewerk

Het risico op taak- en functieverwarring van de PSB bij de mobiele begeleiding werd eveneens ter sprake gebracht: « *Ben ik een kennis, een vriend? een reisgenoot? Een steun in een welbepaalde moeilijke situatie?* »

Het aanknopen van een vertrouwensband wordt als primordiaal aangehaald. Men moet een draad achterlaten en aan de zorgbehoevende de tijd laten, zodat hij de taak van de PSB beter leert te begrijpen. Een PSB merkte op dat na maandenlange pogingen om contact te leggen met een jonge geesteszieke op straat « *wij ons nog steeds bevinden in de voorbereidende fase* ».

Een andere PSB vermeldde dat hij bij het aanknopen van een band met zorgbehoevenden op straat, hun affectieve noden gebruikt voor klinische doeleinden, om hun zelfbeeld te verbeteren.

Risico's van het vak

De risico's van dit vak voor de lichamelijke en geestelijke integriteit werden besproken in de roadbooks en tijdens de intervisies, de individuele gesprekken met de PSB en de focusgroepen.

Er werd algemeen van uitgegaan dat mobiele begeleiding voor de PSB slechts zelden een lichamenlijk gevaar inhield. Geweld werd meestal geassocieerd met de institutionele omgeving. De ziekenhuisomgeving lijkt bijvoorbeeld regelmatig vijandig te worden bevonden door de zorgbehoevenden. Een PSB heeft gewezen op een heel ingewikkelde situatie toen een collega hem vroeg om een zorgbehoevende dringend naar een spoeddienst te begeleiden: « *... tijdens het hele traject met het openbaar vervoer was de persoon onhandelbaar, viel hij de andere mensen aan, en was het duidelijk dat de passagiers bang waren van hem, ik trachtte hem onophoudelijk te kalmeren. Bovendien kende ik de zorgbehoevende niet goed ...* ». Het is interessant om te noteren dat de PSB door andere hulpverleners soms beschouwd wordt als een agent die moet bedaren : « *De sociaal assistante van het OCMW vroeg dat de persoon fysiek zou worden begeleid uit angst om aangevallen te worden!* »

Het risico op aantasting van de fysieke integriteit van de PSB kan voortvloeien uit het feit dat men zich op het verkeerde moment op de verkeerde plaats kan bevinden, dat me getuige kan zijn van conflicten tussen de zorgbehoevende en personen uit zijn omgeving, op straat of op zijn leefplaats. Een PSB verklaarde geleerd te hebben om op bepaalde plaatsen in de namiddag weg te blijven om confrontaties te vermijden tussen personen onder invloed. Het nauwe contact met personen in een

sociaal-sanitair kwetsbare situatie kan ook het risico inhouden op besmetting met infectieziekten, zoals huidparasitosen of tuberculose. Het onveilige gevoel lijkt soms ook besmettelijk te zijn, en door collega's te worden overgebracht zonder dat de PSB getuige of slachtoffer van welbepaalde incidenten is geweest.

Van een andere orde, volgens de PSB, zijn de risico's op het psychische vlak. Veel PSB ontwikkelen met de tijd een vertrouwensband met de zorgbehoevende. Er werd verschillende malen gewezen op het gebrek aan duidelijkheid bij het delen van het beroepsgeheim tussen collega's. De mobiele begeleiding verhoogt niet enkel het rechtstreekse lichamelijke contact maar ook het emotionele contact met de zorgbehoevende. Soms is er onvoldoende tijd om een band aan te knopen met sommige zorgbehoevenden. In een meer algemeen sociaal-economisch kader wijzen de PSB op de onzekerheid op lange termijn van hun eigen arbeidsovereenkomst.

Gelukkig melden veel PSB dat ze kunnen rekenen op de steun van hun collega's, van andere leden van het team en van de directeurs, wat de gevoelens van frustratie, isolement en ontmoediging draaglijker maakt, en de kans op een burn-out vermindert. Anderen betreuren het geringe gevolg dat de instelling aan incidenten geeft, en het gebrek aan betrokkenheid van de collega's en oversten. In bepaalde instellingen wordt een individuele professionele ondersteuning geboden aan de teamleden die het slachtoffer van geweld zijn geweest.

6. 7. De mobiele psychosociale begeleiding en andere praktijken

Mobiele begeleiding kadert telkens op een andere wijze in de tijd en in de gebruikelijke praktijken van het werk van elke PSB. Volgens sommigen biedt mobiele begeleiding de mogelijkheid om de zorgbehoevende op zijn leefplaats (de straat, thuis) op vele manieren te observeren, soms met tussenperiodes, soms veelvuldig, zodat de problematiek en de nog aanwezige capaciteiten preciezer kunnen worden bepaald. Volgens anderen is mobiele begeleiding een praktijk die geënt is op hun heel toevallige contacten (nachtasiel) of gedurende vrij korte perioden (ziekenhuisomgeving). In andere contexten wordt mobiele begeleiding beschreven als een instrument zoals de andere, dat wordt ingezet naargelang van de situatie, de context, de aanvraag (bijvoorbeeld in dagcentra voor daklozen, in centra voor geestelijke gezondheidszorg of in ambulante centra voor drugsverslaafden).

Sommigen zijn van mening dat de basisopleiding van PSB een invloed heeft op de doelstelling en op de wijze van uitvoering van de mobiele begeleiding. Zo is de (para) medische opleiding gericht op het verstrekken van zorgen, en bereidt die voor op de observatie en de beschrijving van de problemen, maar ook van de nog behouden capaciteiten. De (para) medicus loopt evenwel het risico om onvoldoende aandacht te besteden aan de ruimere sociale context. De opleiding van maatschappelijk werker is dan weer gericht op de autonomie en de projecten van de zorgbehoevende, en op het identificeren van obstakels die dan via acties moeten worden weggewerkt. De keuze en de uitvoering van de praktijken kunnen bijgevolg beïnvloed worden door de opleiding en door de ervaring van de PSB.

6. 8. De psychosociale begeleider en zijn instelling

Plaats van de praktijk van mobiele begeleiding in de instelling

In sommige instellingen maakt de extramuraal fysieke begeleiding van de zorgbehoevende nauwelijks of helemaal geen deel uit van de dagelijkse praktijken, en wordt die niet vermeld in de functiebeschrijvingen van de medewerkers. Sommige PSB hebben geen collega's/begeleiders in de instelling. Het gebrek aan collega's met wie ze van gedachten kunnen wisselen of naar oplossingen zoeken op het terrein, wordt beschreven als verwarrend en demotiverend. Sommigen verklaren te stoten op de onverschilligheid, het onbegrip, en zelfs de beoordeling van collega's die menen dat ze

de zorgbehoevenden « bemoederen » of « infantiliseren », of nog « belemmeren om opnieuw volledig autonoom te worden ».

In andere gevallen had de PSB de indruk door zijn team ingezet te worden als instrument, als een louter doorgeefkanaal van de zorgbehoevende aan de passende diensten, zonder dat rekening werd gehouden met zijn sociale en mentale expertise.

Tijdgebrek

Een noodzakelijk bevonden middel dat vaak ontbreekt is **tijd**. Voor de mobiele begeleidingen en de thuisbezoeken moet minstens 2 tot 3 uur en soms meer worden gerekend. Sommige begeleidingen kunnen een volledige dag innemen, bijvoorbeeld voor het bezoek samen met de zorgbehoevende aan een familielid dat buiten de stad woont. Veel PSB leveren een gevecht tussen de tijd die voorzien is voor de mobiele begeleidingen en de andere activiteiten die deel uitmaken van hun dagelijks werk. Veel PSB werken deeltijds waardoor ze moeten schipperen tussen verschillende activiteiten. Sommigen voelden zich regelmatig in een ongemakkelijke situatie omdat hun afwezigheid in de instelling het team dreigde te verzwakken. In sommige gevallen leek het verplaatsen of annuleren van de begeleiding het enige alternatief.

Streven naar productiviteit

De wijze van financiering varieert van de ene instelling tot de andere, en maakt het niet altijd mogelijk om de mobiele begeleidingen te factureren, zoals dat ook het geval is voor andere prestaties. Zo gebeurt het dat de vergelijking tussen de prestaties van de extramurale begeleiding en die van de andere activiteiten (en van de collega's die er minder doen) niet in het voordeel van de PSB uitdraait, waardoor deze zich niet productief voelt voor zijn instelling : « *In bepaalde perioden is het een echte, hachelijke evenwichtsoefening, op andere momenten is het veel kalmer. De instelling moet bijgevolg aanvaarden dat dat type van werk niet rendabel is.* »

De mobiele begeleidingen kunnen veel tijd en veel beschikbaarheid van de PSB vergen, ook buiten de werkuren, wat vragen doet rijzen bij de vergoeding van het werk. Een begeleiding naar het OCMW wordt bij voorkeur vroeg in de ochtend gepland. « *... en dan is het hopen dat de patiënt zal opduiken, soms moet ik een uur wachten, dat is mijn limiet om het op te geven. (...) De extramurale begeleidingen vinden vaak plaats buiten de werkuren, die tellen als onbezoldigde overuren die als verlof kunnen worden genomen, wat niet altijd in dank wordt afgenomen door de collega's.* »

Uitvoering van de praktijk

De uitvoering van de mobiele begeleiding werd niet altijd gevolgd door een welbepaalde aanpassing van het dagelijkse werk, waardoor overbelasting ontstaat: « *...het is niet omdat men tijd heeft voorzien om extramurale begeleidingen te doen dat het overige werk vermindert. Wanneer ik terug in de instelling ben, staat mij daar evenveel werk te wachten als tevoren ... (...) De deelname aan dit project werd aanvaard, maar men heeft er niet bij stilgestaan hoe dat praktisch in zijn werk moest gaan.* »

De uitvoering van een extramurale begeleiding doet ook vaak vragen rijzen op het vlak van de verplaatsing. Dat probleem werd voor sommigen van bij de start besproken of in de instelling geregeld nadat een PSB in de problemen was geraakt. Het gaat niet alleen om de verplaatsing van de buurtwerker maar ook van de zorgbehoevende die geld kan vragen van de PSB of bedrog kan plegen door het openbaar vervoer te nemen in aanwezigheid van de buurtwerker. Een PSB heeft taxicheques kunnen verkrijgen nadat hij zich verplicht voelde om een zorgbehoevende met zijn eigen voertuig te vervoeren.

Erkenning, ondersteuning, samenhang

De PSB kunnen vaak rekenen op de informele steun van de collega's, met name de aanspreekpunten van de zorgbehoevende in de instelling, die de problemen kunnen inschatten waarmee ze te maken krijgen. Sommigen worden gecoacht door hun collega's/psychologen. Veel PSB werken deeltijds in een andere instelling, waardoor ze hun persoonlijke ervaringen kunnen verrijken, en polyvalente vaardigheden kunnen verwerven, en hun werk binnen een netwerk verruimen.

Hoewel veel PSB in een pluridisciplinair team werken, lijkt het voordeel van een globale benadering van de zorgbehoevende soms te verdwijnen door de compartimentering tussen de verschillende zorgverleners, en het gebrek aan informatiedeling. Het gebeurt namelijk dat de zorgbehoevende zich anders gedraagt bij verschillende collega's en naargelang van de plaats, wat leidt tot interpretaties en tegenstrijdige conclusies over de relevantie van de begeleiding.

Sommige PSB betreuren het gebrek aan nuancering van de complexiteit van elke situatie. Voor sommige zorgbehoevenden althans zou een psychosociaal werk van palliatieve aard op lange termijn, met een holistische benadering en een globale begeleiding, aangewezen zijn.

6. 9. De psychosociale begeleider en het netwerk

De deelnemers aan deze onderzoekactie hebben een groot aantal obstakels geïdentificeerd in verband met het werken in een netwerk.

Gebrek aan samenhang

Bij de contactname met andere instellingen stellen de PSB onaangepaste praktijken vast met betrekking tot sommige zorgbehoevenden. Bijvoorbeeld de vereiste om zich na afspraak aan te bieden en om een duidelijk verzoek te formuleren: « ... *bij de contactname met dit publiek wordt geen rekening gehouden met de problemen die ze ervaren om iemand in vertrouwen te nemen...* »

Het is moeilijk om samen te werken met professionele medewerkers die heel andere doelstellingen hebben dan die van de begeleider. Sommige PSB bevestigen dat er veel vooroordelen bestaan bij de collega's van het netwerk, die misschien te wijten zijn aan een gebrek aan informatie, aan een weigering om beter inzicht te krijgen in de complexiteit van de zorgbehoevenden of om hun stereotiepen te veranderen. Werken in partnerschap is moeilijk wanneer « *elke dienst bepaalde realiteiten wil uitsluiten* ».

Hoe kan een geesteszieke die anoniem wordt opgevangen, een afspraak op naam maken bij een psychiater van een andere instelling? Bovendien maakt de temporaliteit van het werk van elkeen (sommigen werken 's nachts of 's avonds en anderen overdag) het partnerschap ingewikkeld, en soms zelfs onmogelijk, en hoewel verklaard wordt dat men kan rekenen op gemotiveerde en creatieve collega's, drukken sommige PSB toch de vrees uit om alle geloofwaardigheid te verliezen als men er niet in slaagt om de zaken snel te doen vooruitgaan.

Verzadiging en vereisten van het netwerk

Er wordt algemeen vastgesteld dat het netwerk waarmee de PSB willen werken, overbelast, en zelfs volledig verzadigd is. Dat zijn met name de structuren van het OCMW (waarvan sommige het aantal opgevangen personen per dag beperken) en de huisvestingsstructuren, zowel de sociale als de private. Voor de geestelijke gezondheidszorg bestaan er wachtlijsten voor de raadplegingen en de hospitalisaties in de psychiatrie. Voor de personen die niet langer thuis kunnen wonen, is de toegang tot de residentiële structuren heel beperkt.

De toegang voor een publiek met meervoudige problemen is trouwens beperkt, omwille van de eisen op het vlak van de onthouding van psychoactieve stoffen, van participatief samenleven en van de maximumleeftijd. Bovendien wordt gewezen op de afwezigheid van spoedstructuren en van

permanentiestructuren tijdens de nacht en het weekend. Een PSB heeft gewezen op de nood aan initiatieven op het vlak van « housing first » op het grondgebied van Brussel-Hoofdstad, en verwees daarbij naar de veelbelovende resultaten van die projecten in de VS, en naar de conclusies van de experten van de Europese Consensusconferentie inzake thuis- en dakloosheid van 2010 in Brussel (Expertenbijdragen, 2010).

Casestudy

Het gedrag van de dakloze Marcel wordt besproken : hij wordt verbaal en fysiek steeds agressiever. Er wordt een sanctie voorgesteld, maar de PSB Joëlle wijst op zijn geestelijk en lichamelijk lijden. Na een gesprek met de zorgbehoevende komen problemen naar voren die voortvloeien uit zijn verslaving en stemmingsschommelingen. De persoon gaat akkoord om zich te laten helpen bij het zoeken naar een oplossing, en Joëlle contacteert verschillende zorgverleners, met name haar collega Martine, die werkt binnen een ziekenhuisstructuur, om Marcel naar het ziekenhuis te begeleiden. Zij zal erover praten met de psychiater en terugbellen.

Even later belt Martine terug om aan Joëlle te melden dat ze een vooropnamegesprek heeft kunnen regelen voor de week nadien. Martine heeft evenwel de exacte persoonsgegevens van Marcel nodig om de afspraak te bevestigen. Aangezien ze in alle anonimiteit werkt, beschikt Joëlle niet over die gegevens, en ze heeft Marcel niet teruggezien.

Martine stelt voor om het centrum voor noodhuisvesting te contacteren waar Marcel zich soms aanbiedt. Joëlle denkt na en beslist om dat niet te doen. Marcel had zich daar onder een andere naam kunnen aanmelden, zoals andere personen die op de dool zijn dat doen. Hoe zou hij bovendien reageren wanneer hij verneemt dat Joëlle over die informatie beschikt zonder hem daarover te hebben aangesproken?

Er wordt afgesproken om de afspraak voorlopig te « reserveren » onder een fictieve naam, maar Martine vraagt om de correcte gegevens zo snel mogelijk door te geven, zoniet wordt de afspraak automatisch geannuleerd.

Marcel zou niet opduiken...

Geen erkenning van de PSB als werkcollega en professionele medewerker

Tijdens de mobiele begeleidingen vinden de PSB de confrontatie met de medische macht soms frustrerend. Er wordt geen rekening gehouden met hun kennis en ervaring. Ze voelen zich niet erkend als volwaardige werkcollega's, hoogstens als personen die de zorgbehoevende tot bij de specialist hebben gebracht. Soms worden ze geconfronteerd met ietwat neerbuigende reacties zoals « *jullie zijn flinke kerels* », « *... vriendelijke gasten ...* » en met gesprekken die veranderen naargelang van de wijze waarop ze zich voorstellen: « *Ik word helemaal anders benaderd naargelang ik me voorstel als buurtwerker, psychiatrisch verpleegkundige of master in de geestelijke gezondheidszorg ...* »

Een netwerk voor elkeen

Verschillende PSB verklaren hun eigen netwerk van medewerkers te ontwikkelen. De collega's die werken in dezelfde instelling, lijken gelijkaardige praktijken te hebben, met vrij weinig informatiedeling en -uitwisseling tussen de PSB op dat niveau. Dat persoonlijk netwerk wordt opgebouwd met het aantal jaren ervaring. De PSB verklaren evenwel geïnteresseerd te zijn om kennis te maken met de netwerken van de collega's/PSB. Sommigen betreuren de onleesbaarheid van de zorgnetwerken en het gebrek aan instrumenten om op een efficiënte wijze partners op te sporen.

Het Netwerk van Psychosociale Begeleiders

De PSB hebben gedebatteerd over de relevantie van het instrument van een netwerk van mobiele psychosociale begeleiders. De uitwisselingen werden doorgaans beschouwd als succesvol, ook al zijn de gebruikelijke praktijken volgens sommigen niet noodzakelijk veranderd : « *Het PSB-net maakt het mogelijk om andere professionele medewerkers op het terrein te horen...(...) Dat is een andere invalshoek om te wijzen op de manier waarop wij dat doen, hoe wij op een andere wijze ook correct handelen. Dat geeft diepgang aan onze eigen praktijk ...* »

Het PSB-net heeft tot enkele informelere uitwisselingen geleid tussen sommige PSB, en zelfs tot enkele gemeenschappelijke opdrachten op het terrein. Andere PSB beschikten reeds over ervaring op het vlak van partnerschap op het terrein, bijvoorbeeld tussen l'Espace Social Télé-service en Diogènes. De focusgroepen hebben, daarentegen, gewezen op een gebrek aan structuur en coördinatie op het vlak van de communicatie binnen het PSB-net, alsook op een zekere verwarring over de taak van de onderzoekster.

Intervisies

De intervisies werden als een ondersteuning ervaren, met name door de PSB die verklaarden in hun instelling geen mogelijkheden te hebben om in groep van gedachten te wisselen: « *Voor de begeleiding van sommige personen worden we geconfronteerd met situaties waarin de "cases" onbestaande zijn. (...) Werken in een netwerk maakt uitwisselingen mogelijk met betrekking tot de personen-hulpmiddelen van elkeen. Door onze praktijken te vergelijken, zien we de noodzaak van een globale begeleiding.* »

Dankzij de uitwisselingen tussen PSB collega's hebben sommigen het belang ingezien van denkmomenten vóór de actie : « *Er is geen verandering opgetreden in de praktijk, maar voorheen werden we de hele tijd opgeslorpt door de actie. Hier hebben de tijd genomen om na te denken (...) om wat afstand te nemen, en om te zien dat het nuttig is om wat afstand te nemen.* »

De dynamiek van de uitwisselingen is bij momenten afgegleden van een intervisie (die gericht is op een gemeenschappelijke opbouw van de kennis door de groep van deelnemers) naar een supervisie (waarbij de groep op zoek is naar de expertise van een aanwezige persoon). Dat fenomeen werd in het verleden ook al vastgesteld tijdens een intervisie buiten de context van het PSB-net. Verschillende PSB betreurden die verandering van dynamiek.

De deelnemers van de Ondersteuningscel hebben gewezen op het gebrek aan tijd om een presentatie te voorzien, en om een bezoek te brengen aan elke instelling voordat de PSB-net-intervisies werden opgestart, in tegenstelling tot de intervisiecycli die jaarlijks door de SMES-B georganiseerd worden. Die presentaties hadden bijgedragen aan een betere kennis van de werking van elke structuur.

Ondersteuningscel van de SMES-B

Verschillende PSB hebben een beroep gedaan op de Ondersteuningscel van de SMES om raad of hulp te vragen bij een moeilijke mobiele begeleiding. Die structuur profileert zich als tweedelijns, ter ondersteuning van de professionele zorgverleners die zich in een impasse bevinden met betrekking tot een persoon die te maken heeft met sociale uitsluiting en psychische aandoeningen, om nieuwe werkpistes te identificeren voor de professionele zorgverlener, en om de situatie te deblokken. Een PSB formuleert zijn contact met de Cel als volgt: « *De Ondersteuningscel van de SMES heeft mij ondersteuning geboden voor een specifiek geval. Het feit niet te kunnen terugvallen op een team, geen partners te hebben die mij kunnen steunen ... soms hebben we nood aan hulp bij het nadenken, komende van personen die een deel van de denkpiste mee afleggen, zonder dat die evenwel antwoorden aanreiken.* »

Een nagenoeg algemene vaststelling, evenwel, is de nood aan ondersteuning van de medewerkers die gespecialiseerd zijn in de geestelijke gezondheidszorg *op het terrein*, met en voor de zorgbehoevende. Dat is nog een andere praktijk van de Ondersteuningscel, die doorgaans als uitzonderlijk wordt beschouwd. Na verschillende, weinig succesvolle contacten met de institutionele wereld van de psychiatrie had een PSB bijzondere waardering voor de goede opvang van de zorgbehoevenden en voor het partnerschap met de Ondersteuningscel, om een behandeling uit te werken.

De inschakeling van de artsen van de Cel als tussenpersoon tussen de PSB en het medische korps is een mogelijkheid, vooral in situaties waarbij het medisch geheim betrokken is.

Sommige PSB betreurden het feit dat geen beroep kon worden gedaan op de Cel voor noodsituaties.

6. 10. De psychosociale begeleider als getuige van de institutionele mankementen en van de radicale maatschappelijke verandering

De PSB hebben eenstemmig hun ongenoegen geuit over hun confrontaties met de bovenmatige maatschappelijke eisen, de onaangepaste procedures en de impact van het vaak te anonieme zorgsysteem, dat tegelijk te streng is voor de geestelijke gezondheid van de kwetsbare zorgbehoevenden, waardoor decompensatie, terugtrekking en depressie worden veroorzaakt of verergerd. Soms voelen ze zich desondanks medeschuldig aan het huidige systeem « *waar het mentale moet buigen voor het sociale.* »

Sommigen beschouwen de mobiele begeleiding niet als een verlenging van de opvang op andere institutionele niveaus, maar als een « pleister », die de gebreken moet compenseren van een afstandelijke en gehaaste opvangdienst. Soms moet de PSB een tegengewicht vormen voor de fouten en zelfs de kwade trouw van zijn medewerkers, wanneer die geconfronteerd wordt met de complexiteit van de aanwezige structuren. Een PSB wees op de getuigenis van de voorzitter van een OCMW over de grote turnover onder zijn maatschappelijke werkers, waardoor de verantwoordelijken constant moesten investeren in de opleiding van nieuwe rekruten. Anderzijds wees hij op het gebrek aan competenties van sommigen van hen.

Sommige PSB hebben het over hun hardnekkige maar mislukte pogingen om een instelling te vinden die op lange termijn personen met meervoudige problemen kunnen behandelen. Een PSB getuigde van de problemen om een huisvesting te vinden voor een vrij jonge persoon, die op straat leefde en leed onder een psychose en de ziekte van Korsakoff.

De PSB krijgen vaak te maken met vooroordelen en stereotiepen bij hun collega's van de sociale partnerstructuren, die evenwel noodzakelijk zijn in de zoektocht naar de sociale inschrijving en de toegang tot adequate verzorging. Sommige PSB verklaren de rol te vervullen van rechtswaarborg tegen houdingen en handelingen die ze discriminerend en zelfs mishandelend noemen. « *Wanneer ik een persoon begeleid (...) wordt zijn woord gevaloriseerd, omdat er iemand is om hem te steunen, om er zeker van te zijn dat hij voldoende tijd heeft om vragen te stellen, waardoor de machtsverhouding in evenwicht wordt gebracht.* »

De PSB zijn ook vaak getuige van de frustratie van een groot aantal maatschappelijke werkers, met name in de OCMW's, die zich moeten houden aan « *een procedureel en onsamenhangend werk, waarbij ze het aanbod van de steunverlening moeten koppelen aan de weigering van toegang tot hulpverlening* ».

Die disfuncties aan het licht brengen door de stem van de zorgbehoevenden te laten horen, lijkt heel moeilijk.

6. 11. Voorwaarden van een goede begeleiding

6. 11. 1. Essentiële werkvoorwaarden

Een groot aantal voorwaarden worden als essentieel beschouwd voor de uitvoering van de mobiele begeleidingen van personen met meervoudige problemen.

Wie beslist over de mobiele begeleiding ?

Er werd meerdere malen aan PSB gevraagd om een persoon die ze niet kenden, extramuraal te begeleiden. Dat werd inadequaat bevonden. In een bepaald geval heeft de zorgbehoevende, na een vertrouwelijk gesprek met een PSB, toegegeven dat hij andere prioriteiten had, en wou hij de doelstelling van de mobiele begeleiding veranderen. In een ander geval beschikte de PSB niet over de nodige middelen voor de verplaatsing van een persoon die een agressief gedrag vertoonde. Er wordt gewezen op het belang van de band voordat een mobiele begeleiding wordt overwogen.

Time management

Gebrek aan tijd werd door alle PSB en in verschillende stadia van de mobiele begeleiding aangeklaagd. De frustratie om over onvoldoende tijd te beschikken heeft ook een impact op de erkenning van het werk, meer bepaald op het specifieke karakter daarvan, en op de financiële situatie van de instelling : « *Ik meen dat de PSB zijn tijd moet kunnen plannen in functie van de perioden, van de behoeften, van de situaties waarin de patiënten zich bevinden. (...) Er mogen geen eisen op het vlak van de rendabiliteit worden gesteld door de instelling waar de PSB werkt. We mogen niet overladen worden met vaste afspraken, en onze tijd voor de begeleidingen en raadplegingen kunnen regelen en plannen naargelang van de lopende opvolgingen en van de situaties waarin onze patiënten zich bevinden.* » « *Flexibiliteit is een vereiste, want een begeleiding vraagt een beschikbaarheid van geest en tijd. En de instelling moet bereid zijn om daar minimaal in tegemoet te komen, zonet is het een 'mission impossible'.* »

Verdeling en erkenning van het werk

De mobiele begeleiding wordt algemeen beschouwd als een praktijk die kadert in meerdere benaderingen. In momenten van onzekerheid, van stress, van ontmoediging, en zelfs in gevallen van onveiligheid of bij gewelddadige incidenten werd bij de collega's steun gezocht. De gesprekken tussen collega's maken het mogelijk om informatie uit te wisselen en om bepaalde ideeën en standpunten te verduidelijken. Er wordt dan ook gevraagd dat tijd en ruimte wordt voorzien voor regelmatige en geformaliseerde uitwisselingen.

Sommige PSB vragen zich af of ze, indien hun collega's slechts in beperkte mate geïnteresseerd waren door hun werk, en ze niet konden rekenen op de uitdrukkelijke goedkeuring van de mobiele begeleiding door hun oversten, ook meer pogingen konden hebben ondernomen om vaker te overleggen met collega's of om meer aandacht te vragen voor hun dagelijks werk.

Peers

De 'peer-to-peer' gesprekken tussen de mobiele begeleiders maakten het mogelijk om de functie van PSB duidelijker af te bakenen, en de vragen over de dagelijkse praktijk beter te definiëren: *« Wanneer men verzadigd is, kan een collega de opvolging tijdelijk overnemen, kan worden beslist om de zorgbehoevende met z'n tweeën op te vangen. Dat kan enkel met iemand die op de hoogte is van de situatie. »*

Niet alle deelnemers hadden mobiele begeleiders als collega's in de instelling, maar sommigen hebben die steun gevonden in het netwerk van begeleiders van het actieonderzoek : *« ... die maandelijkse vergaderingen zijn een gelegenheid om van gedachten te wisselen met personen die zich dezelfde vragen stellen. Dat doet enorm deugd. »*

Er werd ook op gewezen dat men dankzij de uitwisselingen met 'peers' zijn eigen ervaringen kan relativeren, en dat men inziet dat de perspectieven van een gelijkaardige situatie helemaal anders kunnen zijn.

Institutioneel kader

Er wordt gewezen op de noodzaak van een flexibele voorziening die kan worden aangepast aan de situatie of de interventie: *« Voor de psychosociale begeleiding lijkt het me noodzakelijk om zich aan te passen aan het ritme van de patiënt, en hem geen voorgedefinieerde werking op te leggen. Een te strikt kader kan volgens mij zelfs leiden tot de beschadiging van de zo kostbare en zo kwetsbare band die men met de patiënt onderhoudt. Het kader kan bijgevolg uitgewerkt worden naargelang van elke patiënt. »*

Er wordt aangedrongen op de behoefte om het kader te verduidelijken, zodat de PSB voldoende autonoom is, en tegelijk als dusdanig wordt beschouwd. Zo kunnen de medewerkers in de instelling of in het netwerk de weigering van een mobiele begeleiding door de zorgbehoevende geenszins gebruiken om een intrekking van een recht te rechtvaardigen. De zorgbehoevenden moeten zelf rechtstreeks een beroep kunnen doen op de dienst van de mobiele begeleiding.

Het kader dient trouwens om een derde partij te betrekken bij de relatie tussen de zorgbehoevende en de PSB, zoals dat werd aangehaald tijdens een intervisie : *« ... de grenzen moeten opnieuw bepaald worden, want we staan voor een mechanisme [bij de zorgbehoevende] waarbij de grenzen en het institutioneel kan voortdurend worden verlegd ... »*

Ethische bakens

Er werd verschillende malen gewezen op de vertrouwelijkheid. De kenmerken van een band kunnen veranderen naargelang van het kader. Tijdens een mobiele begeleiding kan de relatie tussen de PSB en de zorgbehoevende zodanig evolueren in de ruimte en qua doelstelling ten opzichte van de instelling, dat de zorgbehoevende aan de PSB zaken in vertrouwen vertelt. In sommige gevallen kan de zorgbehoevende uitdrukkelijk vragen om die vertrouwelijkheden niet met het team te delen. In andere gevallen is de PSB getuige van min of meer laakbare handelingen door de zorgbehoevende. Soms kan hij geneigd zijn om inlichtingen te verzamelen bij andere medewerkers om de informatie te verkrijgen die nodig is voor de vordering van de opvolging (zie ook de casestudy p 29). De PSB wijzen op de behoefte van sommige zorgbehoevenden om (een deel van) hun verleden verborgen te houden, om hun leven weer op te bouwen bij andere personen en op een andere plaats. Het onthullen van elementen van dat verleden kan hen zelfs het netwerk kosten dat hen op dat moment ondersteunt.

Het concept van het beroepsgeheim werd nader toegelicht tijdens bepaalde intervisies, en er werd op gewezen dat de instelling en het team de beste hulpmiddelen zijn om te werken en om dergelijke onderwerpen aan te pakken.

Aanpasbaarheid van de werkmiddelen aan de verandering van de situatie en van de behoeften.

Sommige deelnemers werken reeds vele jaren als PSB. Ze wijzen op de noodzaak om de praktijk op te bouwen, en om de werkvoorwaarden aan de tijd aan te passen. Bijvoorbeeld de nood aan een GSM of aan verplaatsingsmiddelen moet soms opnieuw besproken worden in functie van het beschikbare budget, van de incidenten die zich hebben voorgedaan of van de noden die opduiken. Daarvoor is de steun van de instelling en van de directie nodig. « *Het moet mogelijk zijn om te onderhandelen over een institutionele GSM. Dat is ook symbolisch (...) Het is belangrijk om het werk dat ik extramuraal doe te doen erkennen, en zelfs te doen kennen. Het gaat hier om de concrete aspecten van het werk* ». Sommige PSB menen trouwens dat ze zouden moeten kunnen beschikken over een minimaal aantal financiële middelen om het aanknopen van contacten te vergemakkelijken, zoals het aanbieden van een kop koffie, een fles water of zakdoeken.

Risicobeheer

De problemen betreffende het risico op geweld, isolement, burn-out en ontmoediging zijn hierboven reeds uitgebreid aan bod gekomen. Ook hier is het voornamelijk in het team dat de PSB de belangrijkste middelen voor ondersteuning vinden.

Sommige PSB maken melding van procedures / strategieën die in hun instelling worden toegepast in geval van een gewelddadig incident, bijvoorbeeld een onmiddellijke debriefing en een systematische grondige analyse van elk incident tijdens de teamvergadering, de mogelijkheid om een dringende supervisie te programmeren, de toegang tot een individuele ondersteuning voor de medewerker. Anderen voelen zich niet altijd ondersteund door de instelling, en wijzen op incidenten waarbij de instelling hen heeft aangezet om risico's te nemen, en waarbij de situatie nadien niet werd besproken tijdens een teamvergadering om daaruit lessen te trekken voor de toekomst.

Toegang tot opleidingen

De PSB wijzen op de nood aan informatie en opleiding om beter te kunnen omgaan met de problemen die gepaard gaan met de mobiele begeleiding.

Klinische teamvergaderingen maken het mogelijk om een bepaalde situatie vanuit verschillende invalshoeken te analyseren, om concepten te verduidelijken, om de dagelijkse problemen beter kenbaar te maken en om collectief naar oplossingen te zoeken.

Sommige opleidingen zijn gericht op het risicobeheer, of kunnen de eigen grenzen beter doen kennen en naleven. De toegang tot specifieke opleidingen kan de PSB helpen bij het uitbreiden van zijn expertise die nodig is voor deze functie. Eén van de PSB heeft trouwens een opleiding vermeld die zijn interventies met het doelpubliek in de toekomst kan verbeteren. Er werd ook gewezen op het belang om op de hoogte te blijven van nieuwe initiatieven, ook al zijn die niet noodzakelijk gericht op dezelfde bevolkingsgroep (bijvoorbeeld de ontwikkeling van projecten betreffende psychiatrische thuiszorg).

Ook de relevantie van het overleg tussen medewerkers van verschillende structuren werd besproken. De overlegvergaderingen worden vaak georganiseerd om informatie mee te delen, om collega's te informeren over structuren, en om de gedachten tussen medewerkers op elkaar af te stemmen. Ze werden bekritiseerd omwille van het gebrek aan nut in de dagelijkse praktijk, omdat de uitgewisselde informatie niet echt leek door te dringen tot de institutionele niveaus die daar het meeste baat bij hebben. Iedereen blijft werken op zijn eiland. De PSB verklaren evenwel dat ze op het terrein het meest hebben geleerd: « *Tijdens een gedeelde opdracht samen met een collega PSB hebben we 15 personen ontmoet. Zij kende er 7 en ik geen enkele. Dat was confronterend.* »

6. 11. 2. Essentiële eigenschappen van een psychosociaal begeleider

Kennis versus persoonlijke eigenschappen

Op de vraag naar de kennis en de essentiële eigenschappen zijn de antwoorden niet eenduidig. Sommigen benadrukken het feit dat de PSB moet beschikken over specifieke expertises en over een goede kennis op het vlak van de begeleiding. Zijn geloofwaardigheid bij de zorgbehoevende hangt ervan af. Een begeleider lijkt dan ook beter gehoord te worden, en meer als een potentiële partner te worden beschouwd als hij met zijn gesprekspartner aan de andere zijde van het bureau een zekere kennis deelt : « ...anders ben ik alleen de goede kerel die de zorgbehoevende tot bij hem heeft gebracht. »

We wijzen ook op voldoende kennis op het vlak van de geestelijke gezondheid, en op technische kennis met betrekking tot de maatschappelijke stappen, met inbegrip van de rechten en plichten van de zorgbehoevenden en van de sociaal-politieke macrocontext. « *Het is een functie die niet kan worden geïmproviseerd, die competenties vereist, in het licht van ernstige geestelijke gezondheidsproblemen.* » Die competenties worden met de jaren opgebouwd, en het komt er vooral op aan om de informatiebronnen te kunnen lokaliseren.

Tegelijkertijd wordt er meerdere malen op gewezen dat de veelvoudige problematieken waarmee ze worden geconfronteerd, van de aanpasbaarheid en van de « alle terrein » kennis van de PSB « *experten in niets ... of in de polyproblematiek* » maakt.

Tot slot lijken alle PSB het eens over het feit dat er basiscapaciteiten zijn die men niet via opleidingen kan verwerven: « *Er zijn ook elementen van de persoonlijkheid, bovenop de opleiding. Het is iets wat men in zich moet hebben* ».

Er wordt zelfs gesuggereerd dat die persoonlijke eigenschappen een invloed hebben op de perceptie van het toekomstige beroep, nog lang vóór de professionele loopbaan : ziet u zich extramuraal verplaatsen met de zorgbehoevende of ziet u zich werken aan een bureau, een dossier, de telefoon?

Flexibiliteit

De meeste PSB deelnemers voeren de mobiele begeleiding uit als een werkmethode tussen de andere. Ze menen dat een PSB moet kunnen jongleren tussen het formele en het informele sociaal werk, waarvan de beide, weliswaar verschillende facetten samenhangend moeten blijven. « *Buiten is er geen team meer, geen infrastructuur, geen bureau, geen collega's, geen sleutels... Men moet kunnen omgaan met onvoorziene omstandigheden, met oncontroleerbare contexten. (...) maar men moet zich ook comfortabel voelen in een formeel kader, met alle uitdagingen, en machtsverhoudingen die daaruit kunnen voortvloeien.* »

Flexibiliteit wordt ook beschouwd als een belangrijk criterium om in een netwerk te kunnen werken, om overleg te kunnen plegen met andere medewerkers, en daarbij een open visie te behouden om de praktijken te moduleren in functie van de veranderende situatie, en meer bepaald de wensen van de zorgbehoevende.

Hartelijk, empathisch en luistervaardig

« *De investering in de relatie tussen de zorgbehoevende en de zorgverlener herinnert er ons aan dat we vóór alles een mens ontmoeten, ook al doen we aan sociaal werk* ». De deelnemers hebben sterk de nadruk gelegd op de capaciteit om een band met de zorgbehoevende aan te knopen en te onderhouden, om zijn vertrouwen te winnen, om blijk te geven van geduld, luisterbereidheid, empathie, en op de capaciteit om op te vangen en niet te oordelen. Hoewel de waarde van de kennis en de ervaring op alle terreinen wordt toegegeven, bevestigen sommigen dat de PSB niet alles weet of moet weten: « *Het is oké om te zeggen dat men het niet weet ... we kunnen samen naar de oplossing zoeken* ».

Kritiek en zelfkritiek

Verschillende PSB wijzen op een engagement dat verder reikt dan het persoonlijke engagement, dan de plicht om gedachten te wisselen over de situaties waarmee men wordt geconfronteerd, zelfs om de onrechtvaardigheden aan te klagen waarvan men getuige is tijdens zijn werk.

Een andere eigenschap die wordt aangehaald, is de capaciteit om een kritische geest te ontwikkelen, om te kunnen snappen wat er omgaat en misgaat in de relatie met de zorgbehoevende en tijdens het parcours, en om toe te geven dat de zaken soms anders moeten worden aangepakt.

Bestand tegen machteloosheid

De PSB vermelden tevens de wilskracht om te weerstaan aan de ontmoediging en aan de machteloosheid, en het vermogen om zich tevreden te stellen met kleine veranderingen : tijdens een thuisbezoek schreef een PSB het volgende : « *Het lijkt me belangrijk om hier te preciseren dat de begeleider over een grote dosis geduld moet beschikken, en bijzonder goed bestand moet zijn tegen machteloosheid. (...) ik heb me dus met weinig tevreden moeten stellen om de band te onderhouden.* » Een andere deelnemer wees op de noodzaak om zich bewust te zijn van zijn machteloosheid maar ook van zijn kracht, en om de juiste afstand te vinden met betrekking tot de situatie en de persoon.

6. 12. Toekomst van het PSB-net

Sommige PSB hebben voorgesteld om, indien de huidige voorziening zou blijven voortbestaan, een coördinator aan te stellen van het netwerk van psychosociale begeleiders, die ontmoetingen zou organiseren om te blijven nadenken over concrete praktijken, en om onderwerpen verder uit te diepen en thema's te behandelen die gaandeweg opduiken. Die ontmoetingen kunnen regelmatig zijn of georganiseerd worden op vraag van een PSB die met zijn collega's gedachten wenst uit te wisselen over een bepaalde situatie.

Een ander voorstel was het promoten van participatieve praktijken op het terrein, in de vorm van bezoeken, en zelfs van gerichte deelnames van de PSB aan het dagelijkse werk van een andere zorgverlener.

Er werd meerdere malen (interviews, structured focus group) op gewezen dat de mobiele begeleiding baat heeft bij een functie die kadert in de tijd. Sommigen maken opmerkingen over de grenzen van een mobiele begeleiding als verlenging van andere praktijken in de instelling, vooral wanneer het gaat om een opvolging op korte of middellange termijn, zoals dat het geval is in de nachtsielen of ziekenhuizen. In het geval van het PSB-net moet de zorgbehoevende van vertrouwenspersoon veranderen zodra hij de instelling verlaat, en dan moet al het werk betreffende het aanknopen van contacten overgedaan worden. Verschillende PSB hebben verklaard dat ex-zorgbehoevenden hen blijven contacteren, ook al is hun opvolging in de instelling gestopt. De PSB stoten de zorgbehoevenden niet af, maar aangezien de institutionele organisatie niet voorziet in de voortzetting van het werk, kan de behandeling van eventuele aanvragen een overbelasting betekenen voor de PSB (onbezoldigd of niet factureerbaar werk), die soms zelfs tijd moet vrijmaken tijdens zijn vrije uren.

Verschillende buurtwerkers hebben gewezen op de relevantie van een onafhankelijke structuur van mobiele psychosociale begeleiders die in teamverband werken. De mobiele begeleiding zou dan kunnen kaderen in een concept van 'zorgreferent' waarbij, voor elke zorgbehoevende, één enkele PSB de rode draad zou beheren op middellange en lange termijn. Zijn taak zou erin bestaan te voorkomen dat de persoon uit het zorgsysteem zou stappen of, indien dat toch het geval is, ervoor te zorgen dat die opnieuw aansluiting vindt. De intensiteit van de begeleiding zou kunnen variëren van de ene persoon tot de andere en van de ene periode tot de andere in het leven van dezelfde persoon. Mobiele begeleidingen door vrijwilligers blijven weliswaar belangrijk, bijvoorbeeld om taalkundige redenen, maar het gaat om meer gerichte interventies die volgens de PSB minder verband houden met een vertrouwensband en met een meer algemeen inzicht in de uitdagingen en de situaties.

De PSB identificeren eveneens een cruciale lacune in de bestaande structuren : ze benadrukken de nood aan een gespecialiseerde tweedelijnsstructuur die evenwel actief is op het terrein en op aanvraag van en aan de zijde van de eerstelijnswerkers, en die een laagdrempelige toegang biedt tot de psychiaters, om een situatie snel te kunnen evalueren en vorderingen te boeken in de begeleiding. Verschillende deelnemers aan het actieonderzoek hadden trouwens veel waardering voor de medewerkers die gestuurd werden door de Ondersteuningscel van de SMES-B als partners op het terrein, die aan hun zijde staan.

7. Bespreking

7. 1. Beperkingen van het actieonderzoek

Beperkingen eigen aan de voorziening

Aan deze onderzoekactie hebben acht instellingen deelgenomen die personen behandelen met sociale problemen en psychische aandoeningen. Ze hebben tien medewerkers afgevaardigd om daaraan deel te nemen als psychosociaal begeleider. De plaats die werd toegekend aan de mobiele psychosociale begeleiding, verschilde van bij de aanvang van de ene instelling tot de andere. Het profiel van elke PSB, in termen van basiscompetenties, werkervaring en interesses, heeft mogelijk een invloed gehad op de selectie van de begeleide zorgbehoevenden, op de oriëntaties, op de doelstellingen en op het verloop van de mobiele begeleiding, alsook op de interpretatie van wat al dan niet mogelijk is. De aanwezigheid van medewerkers met een verschillende professionele achtergrond, die actief zijn op de intersectie van het mentale en het sociale, lijkt gewoon : Vrancken (2004) heeft het over de « *mentalisanie van het sociale* » en de « *socialisatie van het mentale* », met een aanzienlijke verwarring van professionele herkenningstekens van vroeger en een fenomeen van interpenetratie van de sectoren.

Bij de keuze van de partnerinstellingen werden tevens zorgbehoevenden met verschillende profielen geselecteerd. Op die wijze werden een groot aantal gegevens verzameld over praktijken, meningen, resultaten van uiteenlopende ideeën in heel diverse contexten, die niet noodzakelijk kunnen worden overgebracht in de situatie van de collega's. De ervaringen en de meningen van de PSB waren niet noodzakelijk representatief voor die van de collega's van hun instelling, en ook niet voor andere instellingen met een gelijkaardige werking en missie.

Een onderzoekactie impliceert deelnemers die in een concrete situatie actief zijn op het terrein. Sommige maatregelen werden genomen om interferenties te beperken. Zo werd de taak van de coördinator van het Netwerk SMES en vertegenwoordiger van de promotor in de loop van het actieonderzoek gewijzigd. Hij heeft afstand genomen van de activiteiten van de werkers op het terrein om geen invloed te hebben op de uitwisselingen tijdens de interviews.

Het is mogelijk dat die reorganisatie van de organigram bij de deelnemers tot verwarring heeft geleid met betrekking tot de taak van de onderzoeker : het netwerk van de PSB had geen coördinatiefunctie en de onderzoeker wou bewust afstand houden met betrekking tot het verloop van de actie.

Methodologische beperkingen

De toegepaste methodologie heeft het mogelijk gemaakt om verhalende gegevens te verzamelen, die kunnen gebruikt worden als verduidelijking, als toelichting en voor het verwerven van inzicht, maar niet voor veralgemening.

De methode van de *focus groups* maakt dynamische uitwisselingen mogelijk, evenals de snelle identificatie van de overeenstemmingen en van de meningsverschillen, het delen van ideeën en nuances en de identificatie van nieuwe onderwerpen, die op de volgende sessies kunnen worden behandeld (Baribeau, 2010). Toch bestaat het risico op monopolisering van het woord door sommige deelnemers, en van een zekere conformiteit in de antwoorden.

De methode van de *structured focus group* maakt het mogelijk om te komen tot interpretaties en conclusies op het terrein, die gebracht worden door de personen zelf, die aan de basis lagen van de gegevens (Dick, 2003).

De selectie van de begeleide personen en van de personen die beschreven werden in de roadbooks, is naargelang van de PSB verschillend verlopen. Sommige PSB hebben zelf beslist over de mobiele

begeleiding, anderen niet. Sommigen hebben geopteerd om het aantal begeleidingen te beperken om een meer gedetailleerde beschrijving te kunnen geven, anderen hebben veel personen begeleid (dat was hun hoofdmissie), maar hebben nadien een keuze gemaakt voor de casestudies : dat waren gevallen die ze bijzonder representatief beschouwden voor de dagelijkse problemen met het doelpubliek. De institutionele procedures verschilden op het vlak van de notitienamen (bijhouden van dossiers, opstellen van brieven, versus hoofdzakelijk mondelinge uitwisselingen en de naleving van de anonimiteit van de zorgbehoevende).

Voor sommigen verliep de planning en de uitvoering van de mobiele begeleidingen min of meer vlot, terwijl anderen op een hele serie van obstakels stootten, die de actie hebben beperkt, maar die meer ruimte lieten aan reflectie en aan het onderzoek van het proces.

Die keuze was interessanter voor de reflectie tijdens de actie dan voor de representativiteit van de « steekproeven ».

7. 2. Definitie van de begrippen sociale precariteit en psychische aandoening

Hoewel elke PSB verzekert personen te begeleiden die te maken hebben met sociale uitsluiting én psychische aandoeningen, is het waarschijnlijk dat de missie, de financieringswijze, de « gereedschapskist » (in termen van expertise en ervaring van de medewerkers, van werkfilosofie en van institutionele cultuur, alsook van werkorganisatie) die in elke instelling beschikbaar is, een impact hebben op het publiek dat door die instelling wordt behandeld. Dat betekent dat die een invloed kunnen hebben op de wijze van interventie en op de wijze waarop de begeleiding wordt beschouwd. Dat fenomeen van *candicacy* wordt duidelijk beschreven door Dixon-Woods et al. (2005), die de problemen hebben bestudeerd om toegang tot zorgverlening te verkrijgen voor een kwetsbaar publiek. Die toegang kan geblokkeerd zijn omdat de zorgbehoevende zich niet aangesproken voelt door het aanbod van een instelling, of dat niet opeist (dat wil zeggen dat hij zichzelf niet als een *kandidaat* ziet om toegelaten te worden of als dusdanig beschouwd te worden door de instelling of de hulpverlener). Omgekeerd, kunnen de medewerkers van een structuur een zorgbehoevende afstoten omdat die niet beschouwd wordt als iemand die deel uitmaakt van het doelpubliek tot wie het aanbod van de zorgverlening zich richt.

De PSB van het geestelijk gezondheidscentrum begeleidt bijvoorbeeld ongetwijfeld armen, geïsoleerden en patiënten met een psychische aandoening, die zich hebben aangeboden in het centrum, maar de kans om bijzonder verwarde personen te kunnen oriënteren naar een andere structuur zou de patiënteel kunnen filteren dat behandeld wordt door de medewerkers van dit team. Omgekeerd zouden de patiënten die informeren naar de toelatingscriteria, kunnen oordelen dat ze geen deel uitmaken van de patiënteel van dat centrum.

Een constante in de definiëring van de sociale precariteit lijkt een gebrek aan materiële middelen (geen inkomen, geen huisvesting), in combinatie met een extreem isolement op het menselijke vlak. De PSB komt vaak de leegte opvullen die werd gelaten door de familie en de vrienden. Noteer dat Philippot en Galand (2003) dakloosheid voorstellen als het uiterste punt van het continuüm van sociale precariteit : ze concluderen dat vroeger moet worden ingegrepen, wanneer de personen nog een verblijfplaats hebben (vaak in een heel zorgelijke huisvesting), waar ze nog bereikbaar zijn voor de hulpverleners.

Sommige PSB beschikten niet over een basisopleiding op het vlak van de geestelijke gezondheidszorg, maar konden een beroep doen op de nodige competenties in hun teams. Zelfs zonder een formele diagnose in een gespecialiseerde omgeving hebben de observatie van de zorgbehoevende (bijvoorbeeld van zijn massaal gebruik van psychoactieve stoffen) en de voorkennis van zijn antecedenten de PSB doorgaans geholpen om te oordelen over de relevantie van een

begeleiding in een gespecialiseerd milieu voor geestelijke gezondheidszorg. Het aantal *psychiatrische* pathologieën bij de begeleide zorgbehoevenden was groot (cfr supra). Daarbij moet trouwens worden gepreciseerd dat alle problemen van psychische aard niet noodzakelijk een psychiatrische opvolging vereisen. Verhaegen en Deschietere (2012) wijzen op het risico om een psychiatrische oorzaak te zoeken voor elke sociale uitsluiting, dat ertoe kan leiden dat de symptomen van psychische pijn of wanhoop die verbonden zijn met een rampzalige sociaal-economische situatie, gepsychiatriseerd worden. De aanwezigheid van depressie en angst kan de inspanningen van de PSB evenwel aanzienlijk belemmeren bij het aanknopen van een band en het ondersteunen van een wens bij de zorgbehoevende. In een tijdschrift over de problematieken van de daklozen in België duiden Philippot en Galand (2003) alcoholisme, depressie en algemene angst, vaak in combinatie, aan als problemen van geestelijke gezondheid.

7. 3. Problemen opgedoken tijdens de mobiele psychosociale begeleiding

Definitie van de doelstellingen van de begeleiding

De doelstellingen van de mobiele begeleiding die werd aangeboden aan de zorgbehoevenden, variëren van de ene werkcontext toe de andere, en van de ene zorgbehoevende tot de andere. Delvaux (2005) beschrijft de zorgbehoevenden die beantwoorden aan de inclusiecriteria van dit onderzoek als « ... *een patiënteel dat kwetsbaar is op het mentale, sociale en relationele vlak, en dat er niet meer in slaagt om een beroep te doen op het bestaande netwerk van zorgverlening* ». In sommige gevallen wordt verwacht dat de zorgbehoevende contact legt om de mobiele begeleiding te doen kaderen in een behoefte die overeenstemt met een aanvraag van de zorgbehoevende. Anderen nemen een veel proactievare positie in. Veel mobiele begeleidingen bevinden zich tussen die beide. De beslissing om aan een zorgbehoevende een mobiele begeleiding voor te stellen, en de doelstellingen die door die benadering worden vooropgesteld, lijken trouwens verband te houden met de perceptie van de aard van de psychische aandoening en met de prognose daarvan, en dus ook met de theoretische benadering die aan de basis ligt van de reflectie van de PSB en van zijn instelling. De doelstellingen kunnen variëren van de ene zorgbehoevende tot de andere, en van het ene stadium tot het andere in de relatie tussen de PSB en de zorgbehoevende.

De invoering van begeleidingen en meer bepaald van mobiele begeleidingen lijkt te beantwoorden aan een behoefte van het doelpubliek van het actieonderzoek. Philippot en Galand (2003) stellen dat de grote gevoeligheid van de daklozen voor een plotse breuk « *verbonden is met een grote vraag naar een gepersonaliseerde opvolging, met een referentiepersoon en een stabiele vertrouwenspersoon die hen begeleidt doorheen de verschillende administratieve en sociale diensten* ». Colinet (2007) benadrukt bovendien het belang van de aanwezigheid van een « *verbindingspersoon* », een partner, die hen steunt bij de verwoording, en die de ontmoeting met de zorgbehoevende vergemakkelijkt.

Toch wijzen de PSB op de mogelijkheid van bepaalde perverse gevolgen van de mobiele begeleiding, meer bepaald het risico op ontkenning en afbouw van het netwerk, en van de eigen hulpmiddelen van de zorgbehoevende, of om een afhankelijkheid te creëren of te onderhouden. Tielens en Verster (2010) waarschuwen de professionele hulpverleners voor *bemoezorg* in welbepaalde klinische situaties.

Moeilijke integratie van de mobiele begeleiding in de instelling, gebrek aan erkenning van de expertise van de PSB

In een groot aantal gevallen die tijdens deze onderzoekactie bestudeerd werden, is gebleken dat de mobiele psychosociale begeleiding slechts moeilijk haar plaats heeft verworven als een legitieme en waardevolle praktijk, zowel binnen als buiten de instelling. Eén van de oorzaken daarvan blijkt het conflict te zijn tussen verschillende klinische oriëntaties en werkfilosofieën.

Nochtans hebben de meeste PSB de mobiele begeleidingen met andere activiteiten gecombineerd. De mobiele begeleiding vormde vaak gewoon één facet van de begeleiding van de zorgbehoevende (met name de opvang in de instelling, de formele of informele uitwisselingen met de zorgbehoevende, de identificatie van de problemen, het zoeken naar oplossingen, de telefonische contacten, het opstellen van brieven, etc.). Wanneer de praktijk van de mobiele begeleiding slecht of helemaal niet gekend is of begrepen wordt door de collega's, zouden klinische vergaderingen kunnen bijdragen aan het vormen van een totaalbeeld van de zorgbehoevende, en aan het toekennen van een plaats aan de mobiele begeleiding tussen het geheel van therapeutische middelen van de instelling. Sommige PSB hebben een systematische en geïnstitutionaliseerde feedback in team voorgesteld van het verloop en van de resultaten van een extramurale begeleiding. In de eerste plaats om de begeleiding van de zorgbehoevende te verbeteren, maar ook om het werken in partnerschap en binnen een netwerk te versterken. Supervisies en opleidingen zouden het mogelijk maken om de kennis en de vaardigheden van het team te verbeteren, en om bepaalde vooroordelen opnieuw in vraag te stellen.

Pates en Blakely (1994) merken op dat men bij de coördinatoren en de verantwoordelijken van de buurtwerkers eigenschappen wil zien die een afspiegeling zijn van die welke men bij de terreinwerkers wil zien. Zo wijzen ze op de noodzaak om een werkkader aan te bieden dat zich leent tot initiatieven en experimenten, op de mogelijkheid om de potentiële risico's te meten en om ondersteuning en begeleiding te bieden indien nodig, en het aanbieden van de nodige middelen, met inbegrip van de toegang tot supervisies, opleidingen, uitwisselingen van forums. Friedman et al (1990) merken op dat de buurtwerkers die weinig autonomie krijgen in hun werk, het doorgaans ook vaak niet meer zien zitten.

Moelijkheden tijdens het werken in een netwerk

Werken in een netwerk wordt als essentieel beschouwd om redenen van diversiteit en complementariteit. De functie van PSB werd trouwens voorgesteld als die van een verbindingspersoon tussen de structuren die actief zijn op de intersectie van het sociale en van de geestelijke gezondheidszorg. De PSB wijzen ook afkeurend op de neiging van veel instellingen om de sociale en mentale benaderingen te compartimenteren, wat leidt tot onsamenhangendheden in de globale behandeling van de zorgbehoevende, waarin de mobiele psychosociale begeleiding slechts moeilijk haar legitimiteit kan verwerven.

Voor veel PSB lijkt de ontwikkeling van het werken in een netwerk een kwestie van persoonlijke ervaringen op lange termijn, die leiden tot een netwerk van collega's die actief zijn in externe structuren en met wie men geprivilegieerde contacten onderhoudt. Dat netwerk wordt slechts gedeeltelijk gedeeld met collega's, zelfs met diegenen die binnen eenzelfde instelling werkzaam zijn. Die praktijk lijkt beschouwd te worden als een logisch gevolg van het terreinwerk en van de interpersoonlijke compatibiliteiten.

De netwerken van de ondersteunings- en zorgstructuren lijken vaak overbelast te zijn, zowel op het sociale vlak als op het vlak van de geestelijke gezondheidszorg. Die opmerking van de PSB stemt overeen met de meningen van verschillende auteurs (Lorent et al., 2007; Van Den Eynde, 2005; Mariage, 2010). Daaruit kan worden geconcludeerd dat er nood is aan meerdere structuren, en aan een aanpassing van de toegangscriteria voor de zorgbehoevenden met meervoudige problemen. De resultaten van de onderzoeken van de *housing first* of beter de *pathways to housing* initiatieven duiden evenwel op het tegenovergestelde.

Die innovatieve initiatieven, die eerst in de VS en daarna ook in Europa werden gelanceerd, pleiten voor het aanbieden van een individuele en zelfstandige huisvesting, waarbij de zorgbehoevende die te maken heeft met sociale uitsluiting en psychische aandoeningen, begeleid wordt door een

pluridisciplinair team, dat gemakkelijk bereikbaar is en competent is op het vlak van de geestelijke gezondheidszorg, maar ook op het vlak van het maatschappelijk werk. Die benadering kadert in een filosofie van risicobeperking betreffende het gebruik van psychoactieve stoffen. De resultaten lijken veelbelovend, en leiden tot het behoud van de meeste zorgbehoevenden in hun woonst (Stefancic en Tsemberis, 2007), een significante afname van de psychiatrische symptomen en van het gebruik van alcohol (Tsemberis et al., 2012), alsook een vermindering van de behoefte aan dringende zorgen in een ziekenhuis en van gerechtelijke problemen (Gilmer et al., 2010). Die resultaten overtreffen ruimschoots de resultaten van de *treatment first* initiatieven, die gericht zijn op de sociale re-integratie via een gefaseerd model van continue sociale hulp en zorgverlening (Padgett et al., 2011). Tijdens de Europese Conferentie inzake dakloosheid van 2010, te Brussel, heeft het comité van experts duidelijk gewezen op de ontwikkeling van *housing first* initiatieven in Europa (Expertenbijdragen Europese Consensusconferentie dakloosheid, 2010).

Het PSB-net-netwerk

De oprichting van het PSB-net-netwerk, bij de start van deze onderzoekactie, heeft een aantal opportuniteiten gecreëerd voor de PSB, meer bepaald formele uitwisselingen tijdens interviews en *structured focus groups* die geleid hebben tot een betere kennis van de andere instellingen en van hun praktijken.

Bij deze onderzoekactie werd het werken in een netwerk structureel opgedrongen aan de PSB. Vele netwerken worden veeleer bottom-up opgebouwd, namelijk na de identificatie door de terreinwerkers van de nood aan een partnerschap via vruchtbare horizontale samenwerkingen met collega's in andere structuren (Brussel Gezondheid, 2012). Dat proces neemt uiteraard veel tijd in beslag, maar het is mogelijk dat dergelijke « natuurlijke » netwerken beter zijn aangepast om de terreinwerkers te steunen in zo'n complex werk, zoals hier wordt beschreven.

De taken van elke deelnemer aan deze onderzoekactie dienden verschillende malen te worden verduidelijkt. Was het PSB-net een netwerk van terreinwerkers, van uitwisselingen en/of van reflecties? Was het een middel om gegevens te verzamelen in het kader van het onderzoek? Het PSB-net bleek dat allemaal te zijn geweest, maar op verschillende manieren, afhankelijk van de PSB. Bovendien werd gesuggereerd dat het netwerk functioneler zou zijn geweest door de invoering van de functie van een coördinator, om de stroom van de communicaties en de planning van de ontmoetingen en van de partnermissies te beheren. Hoe dan ook, verschillende PSB hebben melding gemaakt van verrijkende ervaringen met collega's van het PSB-net op het terrein.

De deelname aan de interviews, als middel van overleg en verkenning, geschiedt doorgaans op vrijwillige basis. Ook hier betrof het een middel dan aan de PSB werd opgedrongen. Niet alle PSB hebben zich voor elke sessie kunnen vrijmaken, waardoor de dynamiek van de uitwisselingen in de groep mogelijk werd afgeremd. De gebruikelijke werkmiddelen, zoals de voorbereiding van twee vignettes, de planning van de volgende sessies met een beurtrol tussen de instellingen, de voorstelling van de plaatsen vóór elke sessie, het opstellen van de notulen, bleken niet zo eenvoudig te zijn, en te maken dat de methode verschillende malen diende te worden verduidelijkt. De dubbele functie van de gangmakers van de Ondersteuningscel heeft eveneens tot verwarring geleid : ze stuurden de dynamiek van de groep tijdens de interviews, maar ontvingen eveneens de individuele aanvragen van de PSB in hun hoedanigheid van experts op de intersectie van het sociale vlak en de geestelijke gezondheidszorg. Die opmerkingen buiten beschouwing gelaten, heeft de deelname aan de interviews het mogelijk gemaakt om te ontdekken in welke mate sommige problemen gemeenschappelijk zijn voor iedereen, en hoe andere hulpverleners gelijkaardige situaties op een andere wijze trachten op te lossen. De interviews hebben eveneens bijgedragen aan de reflectie in de actie.

7. 4. Essentiële eigenschappen van de psychosociale begeleider

De PSB hebben een aantal essentiële criteria onderscheiden voor de functie van PSB. Hun selecties stemmen overeen met de criteria die door vele auteurs aangehaald werden in de literatuur betreffende het buurtwerk.

Flexibiliteit en creativiteit

De PSB hebben nadrukkelijk gewezen op het vermogen om de mobiele begeleiding op een coherente manier te combineren met andere benaderingen, en om blijk te geven van inventiviteit in de onvoorspelbare context van de extramurale begeleidingen van de instelling. Brook et al. (1998) voegen daarbij o.a. onderhandelingsvaardigheden met de patiënten en hun naasten, en vaardigheden om voorzichtig om te gaan met weerstand en conflictsituaties. Volgens Pates en Blakely (1994) moet de buurtwerker in staat zijn om initiatieven te nemen, en tegelijkertijd instructies kunnen aanvaarden. Hij moet blijk geven van stabiliteit, maturiteit en creativiteit.

Empathie, luistervaardigheid en geduld

De PSB hebben nadrukkelijk gewezen op het vermogen om een band met de zorgbehoevende aan te knopen en staande te houden. Het menselijke aspect moet steeds centraal blijven bij de ontmoeting. Morse et al. (1996) beschrijven het contact en de geloofwaardigheid als de belangrijkste taken van de buurtwerker. De buurtwerker moet openstaan voor de noden en prioriteiten die door de zorgbehoevende worden aangegeven (The Sainsbury Centre of Mental Health, 2001). Volgens Pates en Blakely (1994) moet de buurtwerker vastberaden zijn, zonder evenwel een oordeel te vellen.

Positief en bestand tegen ontmoediging

Verschillende PSB hebben gewezen op het vermogen om te speuren naar de capaciteiten die de zorgbehoevende nog heeft behouden, en om bescheiden signalen van verbetering en stabilisering op te vangen. Bovendien moet men voorbereid zijn op een werk van lange adem. Stefancic en Tsemberis (2007) hebben gepeild naar de reacties bij de terreinwerkers die met daklozen werken in het kader van de *Housing First* initiatieven. Ze benadrukken het belang om hun eigen overtuigingen opnieuw te overwegen, en om onverwachte vaardigheden te herkennen bij een publiek dat te maken heeft met onstabiele en psychische aandoeningen.

Alleen, in een team en in een netwerk kunnen werken

De PSB moet kunnen jongleren met verschillende werkmodellen en interactietypes. Hij moet zijn observaties, zijn frustraties, zijn vragen aan collega's of partners kunnen doorgeven, en kunnen vertrekken van de inschrijving van de mobiele begeleiding in een project, een team, een instelling. Hij moet zijn plaats kunnen vinden in het netwerk van elke zorgbehoevende, en kunnen overleggen met andere hulpverleners, zonder alles evenwel af te grendelen, en door de belangrijkste plaats aan de zorgbehoevende toe te kennen.

Volgens Philips et al. (2001) moet de buurtwerker pragmatisch zijn en in staat zijn om zowel autonoom, in de maatschappij als in team te werken.

Openstaan voor de geestelijke gezondheid en de sociale precariteit, en voor de impact daarvan op de zorgbehoevende in elke persoonlijke context

In deze onderzoekactie waren de professionele profielen van de PSB uiteenlopend (maatschappelijke werkers, psychologen, psychiatrische verpleegkundige). De PSB vonden het heel nuttig om te beschikken over een basiskennis, meer bepaald op het vlak van de geestelijke gezondheid van het doelpubliek. Ze hebben gewezen op de noodzaak om inzicht te verwerven in verschillende perspectieven en benaderingen teneinde toegang te hebben tot informatie over nieuwe ontwikkelingen, bijvoorbeeld via continue opleidingen.

Kennis versus persoonlijke eigenschappen

Pates en Blakely (1994) kwamen tot dezelfde conclusie als de PSB, meer bepaald dat, hoewel opleidingen en werkervaringen eventuele lacunes kunnen opvullen in termen van kennis, mankementen met betrekking tot de persoonlijkheid een persoon ongeschikt kunnen maken voor dat soort van werk. De auteurs stellen dat persoonlijke eigenschappen « *can make or break an outreach worker* ».

Wat betreft het professionele profiel van de buurtwerkers, hebben de voorgenoemde onderzoekers een studie uitgevoerd naar de basisopleidingen van de buurtwerkers in gemeenschapsteams die zich ontfermen over verslaafden in Cardiff, South-Wales. Ze concludeerden dat er geen officiële kwalificatie bestond om buurtwerker te worden. Over hun peiling naar de professionele eerstelijns werkers in de zorgsector in België stellen De Munck et al. (2011) dat « ... *de professionele zorgverleners die actief zijn in de gezondheidssector in de ruime zin, één of meerdere functies kunnen uitoefenen die niet noodzakelijk rechtstreeks verbonden zijn met de definitie van hun basisberoep, zoals bijvoorbeeld zorgcoördinator.* » Hij pleit tegen hyperspecialisatie en voor een visie en een globale competentie bij de benadering van de patiënt. Het lijkt bijgevolg adequater om te spreken over de *functie* van psychosociale begeleider dan over het *beroep*.

7. 5. Identificatie van de beste praktijken van de mobiele psychosociale begeleiding

Zich eigen maken van de functie van PSB

De meeste PSB zijn van mening dat de mobiele begeleiding één van de vele werkmiddelen is in de instelling. Die praktijk moet in team besproken worden vóór en na de uitvoering daarvan, om de betekenis daarvan gezamenlijk te definiëren. Het is essentieel dat de mobiele begeleiding kadert in een duidelijk en gedefinieerd globaal project, dat voor samenhang en doelstellingen zorgt, zonder dat de zorgverlener zich opgesloten voelt in vaste protocollen. De PSB heeft nood aan collega's en 'peers' die zich de functie van mobiele begeleiding eigen maken als een praktijk tussen vele andere, op wie ze kunnen steunen en met wie ze van gedachten kunnen wisselen over de problemen die ze ontmoeten.

Instrumenten om de mobiele begeleiding deelzaam te maken

De PSB draagt deels de verantwoordelijkheid om zijn werk beter bekend te maken bij zijn collega's en zijn oversten. Een systematische feedback van de mobiele begeleiding tijdens teamvergaderingen, het nemen van notities op het terrein, het bijhouden van gedeelde dossiers, de systematische registratie van de activiteiten zijn instrumenten die sommige PSB tijdens hun werk gebruiken, en die het mogelijk maken om de nood aan middelen te rechtvaardigen, en tegelijk het werk van de mobiele begeleiding kenbaar te maken en te doen waarderen door de collega's en de administratieve dienst.

Eerst vertrouwensband, dan actie

Bij de keuze van de doelstellingen en van de intensiteit van de mobiele begeleiding moet de PSB de prioriteiten, de noden en de wensen van de zorgbehoevende kunnen inschatten, en daarbij de integriteit van de zorgbehoevende respecteren. Het aanknopen van een vertrouwensband met de zorgbehoevende moet bijgevolg primeren voordat aan enige actie wordt gedacht. Het besef dat de tijd die aan een buurtwerker wordt toegekend vooral dient om een band aan te knopen en te onderhouden (en minder aan het verlenen van een dienst) wordt bijgetreden door Baart (2004).

Timemanagement

Er wordt algemeen van uitgegaan dat timemanagement van cruciaal belang is bij de mobiele begeleiding. Het toekennen van voldoende tijd en flexibiliteit maakt het voor de PSB mogelijk om serene te werken, aangezien dat tevens een waardemeting is van de goedkeuring van zijn werk door zijn hiërarchie en door zijn team.

In een gedetailleerde beschrijving van het buurtwerk dat zich richt tot personen die te maken hebben met psychisch en sociaal lijden, stelt The Sainsbury Centre for Mental Health (2001) dat de zorgverleners voorbereid moeten zijn op het besteden van veel tijd aan het trachten te zoeken van patiënten : het betreft doorgaans een werk van lange adem. Tegelijkertijd zijn de PSB zich bewust van de eisen op het vlak van prestaties en productiviteit waarmee de directeurs worden geconfronteerd, rekening houdend met de financiële structuur van de instelling en met het personeelsbeleid.

Wanneer zo'n investering heel gecompliceerd lijkt, bijvoorbeeld om organisatorische redenen, zoals dat het geval was voor één van de instellingen die heeft deelgenomen aan het actieonderzoek, kan de ontwikkeling van een geprivilegieerd partnerschap met andere structuren die wel de functie van PSB aanbieden, een waardig alternatief vormen.

Veiligheidsbeheer

De mobiele begeleiding kan de zorgverleners blootstellen aan verbaal en fysiek geweld, en aan ontmoediging en uitputting, met een risico op isolement en burn-out. Verschillende PSB werden geconfronteerd met risicosituaties, maar hebben zich zelden persoonlijk geïmponeerd gevoeld. Brekke (2001) wees erop dat een patiënt die lijdt aan een ernstige psychische aandoening, in de VS 14 maal meer kans loopt om het slachtoffer te worden van gewelddaden dan dat hij er zelf zou plegen.

Pates en Blakely (1994) menen dat een buurtwerker duidelijke richtlijnen moet krijgen om zich te onttrekken aan iedere situatie waarin hij zich onveilig voelt, wetende dat hij steeds kan rekenen op de steun van zijn oversten. Wat betreft het risico op uitputting, een gevoel van isolement of van burn-out, wordt het delen van informatie en het uitwisselen van gedachten met 'peers' of collega's als het beste middel beschouwd. Het *Sainsbury Centre for Mental Health* (2001) lijkt die mening te delen, en pleit voor de invoering van een veiligheidsbeleid door de instelling, voor een periodieke opleiding van de zorgverleners en voor praktijkbesprekingen.

Vastberadenheid en flexibiliteit

De deelnemers aan het actieonderzoek hebben gewezen op de noodzaak om de mobiele begeleiding in een evenwichtig, veilig institutioneel kader te plaatsen, om de overweldiging door de zorgbehoevende en de verdrukking door de begeleider te voorkomen. Het team en de 'peers' vervullen bijgevolg een cruciale rol bij de verduidelijking van de limieten van het werk op het terrein. De ondersteuning van de PSB is verbonden met de institutionele gezondheid, en heeft

betrekking op het circuleren van informatie en op het vertrouwen tussen de collega's en in de hiërarchische relaties.

Fisk et al. (1999) wijzen erop dat de richtlijnen op een *participatieve* wijze moeten worden ingevoerd. Het zijn de ervaringen van de zorgverleners op het terrein, die vorm moeten geven aan het project, en eventueel tot wijzigingen van de procedures moeten leiden. Dat kader moet door het hele team geïntegreerd worden, inclusief door de PSB.

Ethische kwesties

De PSB benadrukken het belang van duidelijke gedragslijnen ten opzichte van het delen van het beroepsgeheim en van de teamuitwisselingen. Het lijkt van primordiaal belang om die kwesties op de agenda te plaatsen van bij de start van de mobiele begeleiding, voordat de zorgverleners zich in moeilijke situaties bevinden. De mobiele begeleiding leidt tot andere contactmodaliteiten tussen de begeleider en de zorgbehoevende, die verbonden zijn met de onzichtbaarheid van het institutionele kader.

Fisk et al. (1999) hebben een studie gevoerd naar de grenzen, de ethiek en de veiligheid van de buurtwerkers in een controlegroep van het ACCESS initiatief in de VS. De zorgverleners moeten ook leren waar, wanneer en hoe ze de zorgbehoevende moeten benaderen tijdens hun buurtactiviteiten, om indringing in het privéleven of stigmatisering van de persoon te vermijden.

Philips (2001) heeft gewezen op het dwingende potentieel van het buurtwerk, meer bepaald wat betreft het toedienen van medicamenten. Sommige groepen van zorgbehoevenden hebben zich trouwens verzet tegen initiatieven van intensieve opvolging door buurtwerkers, aangezien die laatsten beschouwd werden als een mechanisme van sociale controle op personen die lijden aan een psychische aandoening. De auteur pleit ervoor om de zorgbehoevenden of ex-zorgbehoevenden te betrekken bij de evaluatie van dergelijke praktijken op het terrein.

In deze onderzoekactie maakte een PSB melding van de vrees die hij had met betrekking tot een zorgbehoevende die gestraft zou kunnen worden in geval van weigering van de mobiele begeleiding. Tijdens een gesprek met alle zorgverleners in het netwerk werden de taken en de doelstellingen van elkeen verduidelijkt, en werden de betrokken partijen over die kwestie gerustgesteld.

Instrumenten voor de kwaliteitsgarantie van het werk

Basisopleidingen en toegang tot permanente vormingen zijn essentiële hulpmiddelen voor dit werk. Vervolgens kunnen teamvergaderingen de zorgverleners meer duidelijkheid verschaffen aangezien ze het mogelijk maken om verschillende interpretaties van een situatie voor te stellen. Andere uitwisselingen, tijdens de supervisies, de intervisies of overlegvergaderingen, bieden de mogelijkheid om een situatie op een andere manier te bekijken, om problemen te delen en om in groep na te denken om nieuwe pistes te identificeren. Het delen van die informatie hangt evenwel af van de kwaliteit van alle communicatiekanalen in de instelling.

Werken in een netwerk

Het werk van mobiele begeleiding wordt gaandeweg opgebouwd. Gezien de meervoudige en veranderlijke problemen van het doelpubliek is het belangrijk om een netwerk te creëren rond de zorgbehoevende. Het opbouwen en onderhouden van zo'n netwerk vergt investering en samenhang van alle deelnemers van het netwerk, die op enigerlei wijze, op korte of middellange termijn met de zorgbehoevende verbonden zijn. Volgens Furtos (2007) moet de benadering van personen in grote sociale en psychische nood het voorwerp uitmaken van een transversaliteit en een pluridisciplinariteit, en moet daarbij *delicaat genavigeerd worden tussen bemoeienis en de verwachting van een aanvraag* om decompensatie van een precare situatie te vermijden.

Laagdrempelige toegang tot professionele gezondheidswerkers

Enkele PSB hebben een beroep gedaan op de ondersteuningscel van de SMES om gedachten te wisselen over problemen die tijdens een mobiele begeleiding waren opgedoken.

Andere PSB hebben gewezen op de nood aan professionele gezondheidswerker, met name psychiaters, op het terrein. In sommige gevallen heeft de Cel gehoor gegeven aan die vraag, en, samen met de PSB een snel bezoek gebracht aan de zorgbehoevende. Die ontmoeting werd bestendigd door een gedeelde opvolging, waarbij de PSB de mobiele begeleiding voortzette als eerstelijnswerker, en de zorgbehoevende bijstond bij het beheer van zijn behandeling. In uitzonderlijke gevallen neemt de Ondersteuningscel tijdelijk de functie van gespecialiseerde structuur over, maar dan als eerstelijns hulp, met het oog op de voortzetting van de zorgverlening. Die functie van expert in de geestelijke gezondheid aan de zijde van de zorgbehoevende en de PSB wordt doorgaans als de meest relevante beschouwd.

8. Conclusies

Personen die problemen van sociale uitsluiting en psychische aandoeningen combineren, zijn vaak moeilijk te engageren in een therapeutische relatie. De complexiteit en de duur van de diverse problematieken vergen een coherent en synergetisch geheel van benaderingen die kaderen in de tijd.

Een groot aantal onderzoekers hebben verschillende benaderingen van buurtwerk (ACT, case management) bestudeerd, die doorgaans adequaat worden beschouwd om te beantwoorden aan de noden van een bevolkingsgroep met meervoudige problemen, meer bepaald van sociale en psychische aard.

Functie van mobiele psychosociale begeleider

De mobiele begeleiding wordt gekenmerkt door een bepaald aantal principes : flexibiliteit om te kunnen omgaan met de veelvuldige veranderingen van de noden en de aanvragen, het belang om een globale visie over de zorgbehoevende te behouden en daarbij zijn meervoudige problemen te analyseren, het kaderen van de begeleiding in de tijd, de verplaatsing van de PSB buiten zijn instelling, aan de zijde van, in plaats van tegenover de zorgbehoevende, de onzichtbaarheid van het institutionele kader.

Bij de uitvoering van die praktijk stoten de PSB op een reeks obstakels, waarvan het eerste het gebrek aan tijd is. Het opbouwen en ontwikkelen van een band met personen die complexe problemen combineren, vergt veel tijd en vermogen om zich aan te passen aan het ritme van de zorgbehoevende en aan zijn noden en prioriteiten die evolueren met de tijd. De stappen die worden ondernomen, nemen veel tijd in beslag, door de verplaatsingen en de lange wachtrijen in de sociale en medische instellingen. Het opbouwen van een netwerk rond elke zorgbehoevende, de opleidingen, de uitwisselingen op verschillende institutionele niveaus, de evaluatie van de praktijken tussen collega's, de deelname aan het opstellen en het aanpassen van de institutionele richtlijnen vergen eveneens veel tijd. Dat element staat vaak haaks op de externe druk op het vlak van prestaties en productiviteit, die verbonden is met de financiële modaliteiten van de instelling.

Een ander probleem is het gebrek aan erkenning van het werk en van de problemen door de instelling, dat leidt tot onjuiste percepties van de functie, meer bepaald als een « doorgeefluik » van zorgbehoevenden van de ene plaats naar de andere. Het gebrek aan ondersteuning kan leiden tot frustratie, uitputting en een burn-out van de PSB. Dat probleem is verbonden met het gebrek aan uitwisselingen tussen de PSB en de andere partijen van zijn instelling. Door het extramurale werk veranderen de kenmerken van de band tussen de PSB en de zorgbehoevende, waardoor ethische vragen kunnen ontstaan en, als gevolg daarvan, veiligheidsproblemen worden veroorzaakt.

Er worden enkele oplossingen aangehaald om de bovenvermelde problemen aan te pakken. De zorgverleners die de functie van PSB aanvaarden, moeten niet alleen toegang hebben tot degelijke opleidingen om zich op dat werk voor te bereiden, maar ze moeten ook beschikken over intrinsieke competenties, en blijk geven van flexibiliteit, creativiteit, empathie, luistervaardigheid, (zelf) kritiek, geduld en een open geest.

Een institutioneel kader, dat geruimte biedt voor creativiteit, is een steun voor de PSB die het moeilijk heeft. De mogelijkheid van onmiddellijke debriefings in geval van incidenten, de organisatie van klinische vergaderingen, van opleidingen en van supervisies kunnen de PSB in zijn werk ondersteunen.

Een optimale communicatie tussen alle betrokken partijen maakt het mogelijk om de functie van de PSB beter te leren kennen, en om die te doen aansluiten op de andere benaderingen van het team. De PSB draagt dus ook een deel van de verantwoordelijkheid bij het geven van feedbacks van zijn ervaringen en zijn bedenkingen.

Duidelijke richtlijnen in verband met veiligheid en beroepsgeheim zullen de APS, het team en hun oversten zich het best toe-eigenen wanneer deze op een participatieve manier werden ontwikkeld.

Articulatie van de functie van mobiele begeleider met het netwerk van de instellingen op de intersectie van het sociaal-medisch-mentale

De functie van PSB werd ontworpen als een verbindingsagent, met de bedoeling de zorgbehoevende opnieuw aansluiting te geven op een netwerk van hulp, ondersteuning en zorgverlening. Die verbindingsfunctie impliceert communicatie en uitwisselingen op verschillende niveaus, en een goede kennis van de andere partijen op het terrein. Die articulatie is gericht op een samenhang en een continuïteit van de benaderingen in een holistisch perspectief van de behandeling van de zorgbehoevende.

Bij die articulatie zijn een aantal problemen opgedoken. In hun contacten met de verschillende structuren werd soms een gebrek aan erkenning vastgesteld van hun dubbele expertise op de intersectie van het sociale en het psychische. De PSB wordt niet noodzakelijk beschouwd als een volwaardige werkcollega. Er wordt geen rekening gehouden met bepaalde cruciale informatie waarover de PSB beschikt, wat niet ten goede komt aan de continuïteit van de zorgverlening. De PSB is ook goed geplaatst om te getuigen van stereotiepen en vooroordelen, van inadequate praktijken en van buitenmatige eisen tegenover een heel kwetsbaar publiek. Opnieuw doen zich communicatieproblemen voor op verschillende niveaus, die een rem vormen op de ontwikkeling van gemeenschappelijke doeleinden tussen verschillende partijen waarvan de praktijken soms kaderen in verschillende werkfilosofieën.

De PSB zijn uiteraard niet in de mogelijkheid om oplossingen te bieden voor problemen die voortvloeien uit de organisatorische culturen van de verschillende instellingen en uit de sociaal-economische overwegingen van de stad en het land. Toch willen we wijzen op de overlegpraktijken tussen verschillende agentschappen en sectoren, zoals dat georganiseerd wordt door de SMES-B bijvoorbeeld, en op de deelname aan de overlegvergaderingen en de intervisies van de medewerkers in die instellingen. Het probleem ligt in het feit dat, tijdens die diverse ontmoetingen, de uitwisselingen niet steeds gekoppeld zijn aan de verschillende institutionele niveaus, en dat de informatie niet noodzakelijk alle niveaus bereikt die daarbij het meest baat zouden hebben.

De PSB hebben oplossingen op het terrein geïdentificeerd in een poging om de verschillende structuren waaraan de zorgbehoevende nood heeft, te ontzullen. Ze vinden het nuttig om te investeren in persoonlijke bezoeken op het terrein, en in de ontwikkeling van persoonlijke en geprivilegieerde banden met de medewerkers van andere structuren, om bepaalde toegangsdrempels te kunnen omzeilen. In het PSB-net-netwerk worden verschillende pogingen ondernomen om twee structuren met elkaar te verbinden via partnerschappen op het terrein. Die initiatieven stotten evenwel op de bijzonderheden van de organisatie van het werk van eenieder. De PSB moet kunnen beschikken over voldoende autonomie om die verschillende mogelijkheden te kunnen onderzoeken, en om zijn eigen netwerk van geprivilegieerde partners te kunnen creëren.

De toegang tot de professionele hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg, met name de psychiaters, lijkt bijzonder moeilijk voor het doelpubliek van deze onderzoekactie. Een oplossing zou er kunnen in bestaan om die experts aan te spreken in een voorziening zoals de Ondersteuningscel van de SMES-B die ter beschikking staat van de professionele zorgverleners die

moeilijkheden ervaren tijdens de opvolging van een persoon die sociale en psychische problemen combineert.

Sommige PSB wachten ook vol spanning op de uitvoering van de *housing first* initiatieven van Brussel-Hoofdstad, die elders hun efficiëntie reeds hebben bewezen om daklozen opnieuw aansluiting te bieden op de netwerken van hulpverlening, zorgverlening en behandeling.

9. Samenvatting

Deze onderzoekactie heeft getracht om de problemen te identificeren die opgedoken zijn bij de organisatie van de mobiele psychosociale begeleiding, door acht structuren met verschillende profielen, die actief zijn op de intersectie van het sociale en het psychische op het grondgebied van Brussel-Hoofdstad. Bovendien werd getracht om enkele oplossingen aan te reiken voor de obstakels die gaandeweg zijn opgedoken. Er werden enkele elementen aangevoerd om de praktijken van de mobiele begeleiding op het terrein te verbeteren.

De gebruikte methodologie was hoofdzakelijk gericht op het verzamelen van narratieve informatie. Daartoe werd een beroep gedaan op tien professionele zorgverleners met verschillende profielen. De missies en de werkpraktijken liepen sterk uiteen van geval tot geval, wat heel waarschijnlijk invloed heeft gehad op de selectie van het doelpubliek, ook al hebben ze zich allemaal gericht tot personen die sociale uitsluiting en psychische problemen combineren. De tijd van deze onderzoekactie was beperkt, en bood aan de PSB de mogelijkheid om gedurende 4 uren per week over een periode van 11 maanden, mobiele begeleidingen te plannen en uit te voeren, om hun observaties en opmerkingen te noteren, en om deel te nemen aan de maandelijkse intervisies, aan de focusgroepen en aan de individuele gesprekken.

De resultaten van het actieonderzoek moeten bijgevolg geplaatst worden binnen die limieten van temporaliteit en in de context van de aanwezige voorziening. De conclusies zijn bijgevolg in verschillende mate toepasbaar, naargelang van de instelling en de PSB.

De resultaten hebben betrekking op de functie van mobiele psychosociale begeleider en op de articulatie van deze functie met het netwerk van de instellingen die actief zijn op de intersectie van de sociale, medische en mentale problematiek.

10. Aanbevelingen

De PSB hebben de volgende elementen geïdentificeerd die kunnen bijdragen aan de praktijk van de mobiele psychosociale begeleiding van personen die te maken hebben met ernstige sociale en psychische problemen :

De psychosociale begeleiding is een ondersteuningsinstrument op de intersectie van de instellingen die een netwerk vormen rond de zorgbehoevende.

- De mobiele begeleiding wordt uitgevoerd in verschillende institutionele contexten. Wanneer de mobiele begeleiding aangeboden wordt als een praktijk tussen andere, is het belangrijk dat de instelling zorgt voor een samenhangende integratie van de mobiele begeleiding in het geheel van de bestaande missies, praktijken en doelstellingen. De organisatie en de evaluatie van het actie- en reflectiekader moeten op een participatieve wijze geschieden, opdat alle institutionele partijen de mobiele begeleiding als een legitieme praktijk zouden beschouwen.
- De mobiele begeleiding die geïntegreerd wordt als een institutionele praktijk, heeft haar grenzen. De integratie van de begeleider in een *voorziening van mobiele psychosociale begeleiders, die voldoende autonoom, binnen een netwerk, in een team of gezamenlijke interventies werken*, zou het mogelijk maken om op middellange of lange termijn een band op te bouwen en te onderhouden met de zorgbehoevende, in samenspraak met de betrokken partijen van de verschillende instellingen. Die benadering zou de evoluerende noden van de zorgbehoevende centraal plaatsen, en zou minder verbonden zijn met de capaciteiten van zorgverlening van een welbepaalde instelling. In zo'n voorziening zouden de begeleiders het werk van hun 'peers' onderling steunen, terwijl een coördinator zou instaan voor de organisatie en de communicatie.
- De mobiele begeleiding zou georganiseerd worden volgens een *referent model* : voor elke zorgbehoevende zou één PSB de « rode draad » bijhouden. Zijn taak zou erin bestaan te voorkomen dat de persoon aansluiting verliest met het systeem van zorgverlening of, indien dat het geval is, ervoor te zorgen dat die opnieuw aansluiting vindt.
- De mobiele begeleiding zou moeten *kaderen in de tijd*, om de voortzetting van de band te behouden, en om de opbouw en het onderhouden van een netwerk rond de persoon mogelijk te maken. Tijd is een cruciaal element. De *intensiteit* van de begeleiding kan variëren van persoon tot persoon en van de ene periode tot de andere in het leven van eenzelfde persoon.
- De mobiele psychosociale begeleiders zouden mechanismen moeten creëren om *de reflectie voort te zetten* en om nader in te gaan op vragen die gaandeweg rijzen. Die mechanismen zouden ook bevordelijk kunnen zijn voor de *participatieve praktijken op het terrein* tussen de PSB.
- De PSB zouden moeten kunnen rekenen op een *collegiale* samenwerking met de *specialisten van de geestelijke gezondheidszorg, met name met de psychiaters, op het terrein*.

Sommige van de bovenvermelde elementen zijn aanwezig in de ACT-teams (*assertive community treatment*), die door vele auteurs als sleutelreferentie worden beschouwd bij het terreinwerk met personen die sociale uitsluiting en psychische problemen combineren (zie inleiding en documentatieonderzoek). We wijzen erop dat volgens Philippot en Galand (2003), verschillende kenmerken van zo'n voorziening zouden beantwoorden aan een « *grote vraag naar*

gepersonaliseerde opvolging, met een referentiepersoon die als stabiele vertrouwenspersoon zou fungeren, en de zorgbehoevende zou leiden doorheen de verschillende administratieve en sociale diensten ».

Operationele aanbevelingen

Volgens de opmerkingen en suggesties van de deelnemers zou het interessant zijn om een *intersectoraal team* van psychosociale begeleiders op te richten, teneinde de zorgbehoevenden die sociale uitsluiting en psychische problemen combineren, op middellange en lange termijn te begeleiden, een band aan te knopen en hen opnieuw aansluiting te geven met de bestaande zorgverleningsnetwerken.

Dat team zou geprivilegieerde contacten hebben met de specialisten van de geestelijke gezondheidszorg op wie ze een beroep kunnen doen in het kader van hun terreinwerk.

Onderzoeksaanbevelingen

De ontwikkeling, de uitvoering en de impact van een intersectoraal team van mobiele begeleiders zouden deel kunnen uitmaken van de doelstellingen van een bijkomend actieonderzoek. Dit actieonderzoek zou evenwel over een voldoende lange termijn moeten lopen, waarschijnlijk langer dan die van het onderhavige onderzoek.

De praktijk van de mobiele psychosociale begeleiding zou trouwens moeten getoetst worden aan de meningen en wensen van de zorgbehoevenden op het terrein. In zijn analyse van de impact van het « case management » wees Grech (2002) reeds op de geringe aandacht die besteed wordt aan de levenskwaliteit van de zorgbehoevenden. In de voorziening die in deze onderzoekactie wordt bestudeerd, hebben de PSB de zorgbehoevenden benaderd via hun institutionele bril, waardoor ze het risico liepen de noden te vergroten waaraan niet kan worden voldaan. Bij de meeste evaluaties van de relevantie van de therapeutische benaderingen werden de zorgverleners gehoord als enige woordvoerder van de zorgbehoevenden (De Vleeschouwer, 2005). Er zou moeten uitgegaan worden van de noden en de prioriteiten die door de zorgbehoevenden naar voren worden gebracht, en niet alleen van de lacunes in de articulatie tussen verschillende instellingen op de intersectie van het sociale en het psychische, zoals die door professionele zorgverleners worden geïdentificeerd. Het is bijgevolg belangrijk om de zorgbehoevende te betrekken bij de evaluatie van het proces en van de impact van een eventuele nieuwe voorziening.

Bijlage 1.

Indicatoren opgetekend in de roadbooks

1. Korte beschrijving van de begeleide persoon

- Wie wordt begeleid? Leeftijd, geslacht, leefplaats, nationaliteit, burgerlijke stand, sociaal netwerk
- Waarom wordt deze persoon in het actieonderzoek opgenomen? (inclusiecriteria van het onderzoek: sociale uitsluiting, geestelijke gezondheid +, eventueel, andere problematieken)

2. Omstandigheden van het contact met de dienst / instelling

- Werd de persoon op straat gecontacteerd? Heeft die zich bij de Spoed gemeld? Heeft die zich in de instelling gemeld met een aanvraag? Werd deze door een andere instelling verwezen? ...

3. Aanvraag van de persoon

- In termen van aanvraag om hulp, verzorging, ondersteuning (bijv. sociale, medische aanvraag, ...)
- Geen vraag. Met welke moeilijkheden wordt de begeleider geconfronteerd? Welke oplossingen vindt hij?

4. Geïdentificeerde behoeften ⇒ voorgestelde begeleiding

- Identificatieproces van de behoeften (door het team? door de PSB? door de zorgbehoevende?)
- Wat moet de begeleiding verbeteren, oplossen?
- Wat zijn de geplande activiteiten?
- Waarom een « *fysieke, mobiele* » begeleiding aanbieden in plaats van een andere interventie?
- Wat wordt *noodzakelijk geacht* als hulpmiddelen, welke hulpmiddelen ontbreken, hoe een oplossing vinden?

5. Beschrijving van het verloop van de begeleiding

- Activiteiten : Welke, waar, hoe?
- Hoe verloopt de begeleiding?
- Wat beïnvloedt de dynamiek van de begeleiding?
- Aanwezige hulpmiddelen en identificatie van de ontbrekende hulpmiddelen
- Problemen?
- Gevonden oplossingen ?

(Aan het einde van het onderzoek moet een antwoord gevonden worden op de vraag: « Welke zijn de criteria om te spreken over een kwaliteitsvolle begeleiding? »)

6. Gevolgen van de begeleiding, waargenomen door de PSB

- Heeft de begeleiding tot het vooropgestelde doel geleid?
- Heeft de begeleiding tot iets anders geleid? (al dan niet voorzien, voor de begeleider of de zorgbehoevende, voor anderen)

De ervaringen van de PSB staan centraal in de beschrijvingen.

Bijlage 2.

Resultaten van het documentatieonderzoek

Inleiding

Het documentatieonderzoek met betrekking tot de PSB-net-onderzoekactie werd belemmerd door het bestaan van een groot aantal benamingen van benaderingen die verwant zijn met de (mobiele) psychosociale begeleiding. Deze term komt niet voor in het literatuuronderzoek. Bijgevolg diende te worden uitgegaan van gelijkaardige beschrijvingen. Modellen van *assertive outreach*, *assertive community treatment* en *case management*, die in het Nederlands vaak als dusdanig worden overgenomen, worden reeds tientallen jaren beschreven in de Engelse literatuur. In de Franstalige literatuur wordt de term *begeleiding* gebruikt voor heel uiteenlopende benaderingen, gaande van « een stukje weg samen afleggen », tot de uni- of pluridisciplinaire institutionele begeleiding, van korte of lange duur, op initiatief van de zorgbehoevende of van de begeleider, door niet professionele vrijwilligers (ex-zorgbehoevenden) (zoals bijvoorbeeld « buddies ») of door « professionele zorgverleners », die alleen of in een klein of groot team werken. Het was bijgevolg vrij moeilijk om een systematisch onderzoek uit te voeren om de literatuur te vinden die een beschrijving geeft van de praktijken van de mobiele psychosociale begeleiding die zich richt tot een publiek dat psychische aandoeningen en sociale uitsluiting combineert.

De hiernavolgende literatuur werd op een opportunistische wijze gevonden, uitgaande van een aantal sleuteldocumenten (bijvoorbeeld beschrijvingen van benaderingen die betrekking hebben op ons doelpubliek, zoals de *housing first* initiatieven, het *ACCESS* project, documenten van de WGO die verschillende benaderingen beschrijven op het vlak van de geestelijke gezondheidszorg in de maatschappij, met de bijbehorende referentiedocumenten. We wijzen er ook op dat grootschalige onderzoeken en onderzoeken met een grotere statistische waarde (bijvoorbeeld *ACCESS*) niet noodzakelijk tot de interessantste oplossingen leiden voor deze onderzoekactie. Bescheiden kwalitatieve onderzoeken behandelen soms kwesties die veel eensluidender zijn.

Literatuur betreffende de plaats van de psychosociale begeleiding in het kader van het beleid inzake geestelijke gezondheidszorg

Argumenten voor de geestelijke gezondheidszorg in de maatschappij

Op basis van studieresultaten en meningen van experts wijzen Thornicroft et al. (2003) op de relevantie van de geestelijke gezondheidszorg die gepresteerd wordt in de maatschappij, dicht bij de bevolking, en in samenwerking met de ziekenhuizen. De ziekenhuizen vervullen een belangrijke ondersteunende rol die aan de patiënten die daaraan behoefte hebben, de mogelijkheid biedt om toegang te hebben tot een snelle hospitalisatie van een zo kort mogelijke duur. Bijgevolg nodigt de WGO de landen uit om de bestemming van de bestaande hulpmiddelen te heroriënteren naar gediversifieerde ambulante structuren die actief zijn in een netwerk.

De hervorming van de geestelijke gezondheidszorg in België is een bijkomende stap naar de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in de maatschappij. België is één van de Europese landen met het grootst aantal psychiatrische bedden en residentiële plaatsen : 160 bedden per 100.000 inwoners (vs 20 in het VK en <10 in Italië) (Mariage, 2010). De hervorming van de

geestelijke gezondheidszorg in België beoogt niet alleen een verschuiving van de financiële middelen, maar ook een betere afstemming van de diensten op de behoeften. De overheden opteren bovendien duidelijk voor een andere visie over de zorgverlening en de begeleiding van de patiënt, met een benadering die het individuele herstelproces van de zorgbehoevende en de herwinning van de autonomie in zijn eigen leven, centraal plaatst (Psy 107). Mariage (2010) benadrukt dat de hervorming voorziet dat de primaire gezondheidscentra en diverse allround partners een essentiële rol gaan spelen in het systeem, met de bedoeling de patiënten te destigmatiseren en te reïntegreren. Hij verwijst tevens naar de « zorgreferent » een referent per instelling en voor elke patiënt.

Bevindingen met betrekking tot de behandeling van ernstige psychische aandoeningen bij personen in een situatie van sociale uitsluiting / daklozen

De capaciteit van het systeem om personen te behandelen die ernstige sociale en mentale problemen combineren, is onvoldoende. Talrijke internationale studies tonen aan dat meer dan de helft van de verblijven in een openbare huisvesting betrekking heeft op personen die sociale uitsluiting en ernstige psychische aandoeningen combineren. Voor medische verzorging richten ze zich tot dure spoeddiensten (Folsom, 2005 ; Kuno, 2000, McNeil ; 2005 in Stefancic, 2007). In een studie die werd uitgevoerd in Brussel, hebben Lorent et al. (2007) de criteria bestudeerd die aangehaald werden bij de aanvragen voor een inobservatieneming (waarvan een groot aantal patiënten gekwalificeerd zijn als « kansarmen »). Ze menen dat het in de meeste gevallen criteria betreft die verbonden zijn met de capaciteit van het aanwezige zorgsysteem, in plaats van met de kenmerken van de personen zelf.

De fragmentatie van het zorgverleningssysteem wordt door meerdere auteurs aangeklaagd. Volgens Randolph et al. (2002) worden de relaties tussen de verschillende diensten gekenmerkt door wantrouwen en een gebrek aan informatieuitwisseling, door het ontbreken van contacten, door miskennis en door conflicten tussen verschillende organisatorische culturen. Het SAMHSEA (2004) roept op tot de ontwikkeling van een « naadloos » zorgsysteem, tot het coördineren van de geestelijke gezondheidsdiensten, tot het verzekeren dat de interfaces correct functioneren en tot het integreren van de zorgsystemen, zodat, voor de patiënten die een beroep doen op een dienst, « ... elke deur de juiste is ». In België worden de structuren op verschillende niveaus gesubsidieerd (federaal, gewestelijk, communautair), zodat verschillende werkingskaders bestaan, zonder gemeenschappelijk beleid en zonder articulatie van de aanbiedingen. ***Het aanbod in zijn geheel is onleesbaar geworden*** (Van Den Eynde, 2005).

(Te) lastig zorgaanbod : Volgens Mariage (2010) worden de eerstelijnsstructuren geconfronteerd met problemen op het niveau van de samenwerking met de psychiaters en de verschillende ziekenhuisdiensten, meer bepaald om hun patiënten in een crisissituatie te hospitaliseren. Bovendien ontbreekt een samenhangende opvolging bij het vertrek. Daarbij komen lastige toelatingsvoorwaarden, beperkte openingsuren (kantooruren), kosten, wachtlijsten. Al die factoren beperken de toegang tot een hulpverlening die aangepast is aan kwetsbare personen die sociale uitsluiting en psychische aandoeningen combineren.

Het zorgaanbod is inadequaat in crisissituaties : Buiten de kantooruren zijn slechts enkele psychiatrische spoeddiensten beschikbaar, terwijl de meeste patiënten meer nood hebben aan een luisterend oor en opvang dan aan geneesmiddelen en hospitalisatie (Van Den Eynde ; 2005). Het zijn bijgevolg vaak de naasten van de patiënten (als die bestaan) die de mankementen van het systeem moeten opvangen, maar met hun expertise in de affectieve ondersteuning, met de valorisatie en de begeleiding van de patiënt wordt weinig rekening gehouden (Similes, 2012).

Gevolgen van de huidige economische conjunctuur : In het huidige kader van de economische conjunctuur komt daarbij ook nog de cruciale problematiek van de huisvesting, met buitenmatige prijzen in Brussel. Van Den Eynde (2005) wijst eveneens op de tendens om de geestelijke gezondheidszorg te willen reorganiseren met de bedoeling meer en beter te doen met de bestaande middelen, in plaats van het systeem te verbeteren door nieuwe aanbiedingen. De financiële en administratieve dimensie van de toegang tot de zorgverlening is onvermijdelijk, niet alleen voor de personen met sociale problemen of zonder papieren, maar ook voor diegenen die een sociale dekking genieten, want er blijven steeds niet te verwaarlozen kosten ten laste van de patiënt. De auteur concludeert met het aanklagen van de concepten van autonomisatie en responsabilisering van het individu als nieuwe maatschappijwaarden, waardoor het risico ontstaat dat de verantwoordelijkheid van het probleem van sociale inclusie door de meest kwetsbaren moet worden gedragen.

Voorbeelden van mobiele psychosociale begeleiding : Invoering, functiebeschrijving en praktijken

Er werden verscheidene benaderingen van geestelijke gezondheidszorg in de maatschappij voor daklozen met een (ernstige) psychische aandoening ontwikkeld.

De benadering van het *case management* duikt in de VS op in de jaren '60 als alternatief voor de hospitalisatie, en vanaf de jaren '80 in het VK, na een hervorming van de gezondheidszorg (Grech, 2002). Bovendien is het concept van *Housing First* (HF) erin geslaagd om, in een nochtans veeleer vijandelijke context, begrippen naar voren te schuiven als risicobeperking, niet lineair herstelparcours, of nog de vaststelling dat de professionele zorgverlener niet competent lijkt om te oordelen of een dakloze al dan niet « klaar voor een huisvesting » (Padgett, 2011) is.

Assertive outreach, assertive community treatment

In de internationale literatuur vinden we een veelheid aan beschrijvingen van *assertive outreach* of van *assertive community treatment* (ACT) (intensieve buurtgerichte opvolging). Er worden verschillende varianten van die benadering beschreven. Volgens Ng en McQuiston (2004), « ... nergens anders is buurtwerk zo relevant als bij het aanbieden van diensten aan daklozen met psychische aandoeningen ».

Volgens The Sainsbury Centre for Mental Health (2001) betreft het een werkbenadering die zich richt tot het leefmilieu van personen die te maken hebben met ernstige psychische aandoeningen, en die aarzelen om gebruik te maken van het zorgsysteem.

De *Pathways to housing of Housing First* initiatieven combineren een vrijwel onvoorwaardelijke toegang tot huisvesting voor daklozen met psychische aandoeningen, met een benadering van risicobeperking op het vlak van verslavingen, en de ondersteuning door een ACT team (Stefancic en Tsemberis, 2007).

Case Management

Grech (2002) heeft een overzicht gemaakt van de literatuur over *case management*. Hij meent dat die term een notie inhoudt van gezag op het werk en van controle over de hulpmiddelen. Het betreft een coördinatie- en verbindingsfunctie met de bedoeling de integratie tussen de residentiële en ambulante verzorgingsmilieus te verbeteren. Deze auteur onderscheidt meerdere modellen, met verschillende intensiteitsniveaus van de contacten en de interventies, die kunnen variëren van het *standard case management* tot het *klinische case management* (waarbij de begeleider eveneens gezondheidszorgen verstrekt), modellen die in de lijn liggen van de *assertive community treatment*

(die zich richt tot een publiek met ernstigere geestelijke gezondheidsproblemen die een intensieve en langdurige opvolging vereisen) of het *intensive case management* (waarbij het werk meer moet worden gedeeld met andere sectoren van de geestelijke gezondheidszorg).

Gournay (in Grech, 2002) stelt dat « *begrippen als ACT, case management en psychiatrische thuiszorg onderling verwisselbaar zijn... zelfs onder de onderzoekers en in de literatuur bestaat er een zekere verwarring.* »

Burns et al. (2006) bevestigen *het belang van een precieze beschrijving van de praktijken* die in het onderzoek worden uitgevoerd. Bij de analyse van de studies over thuisverzorging van personen met een psychische aandoening hebben ze ontdekt dat men zich niet al te zeer mag vertrouwen op de verschillen tussen de *ACT* benaderingen en *case management*. In meerdere gevallen heeft de desbetreffende benadering zelfs een andere benaming gekregen, nadat kennis werd genomen van de resultaten van de studie!

Benaderingen van psychiatrische thuiszorg

In Nederland wordt een onderscheid gemaakt tussen twee types van benaderingen van psychiatrische thuiszorg (Brook et al, 1998) : a) acute zorgen, die gekenmerkt worden door een intensieve maar korte begeleiding, met de bedoeling hospitalisatie te voorkomen; en b) langdurige zorgverlening, om de residentiële zorgverlening te vervangen of te verkorten, en zonder beperking qua duur. In een team van psychiatrische thuisverpleegkundigen worden de zorgverleners soms aangeduid als « case managers » of, vaker nog als « *persoonlijke begeleiders* », vaak met een coördinerende rol met betrekking tot het toedienen van directe zorgen aan de patiënten die hen worden toevertrouwd. De typische werkmethode van de psychiatrische thuiszorg kan alleszins gedefinieerd worden als « eclectisch ». Elk lid van zo'n team past vaak benaderingen toe die gebruikt werden in het vorige werkkader (Brook et al, 1998). Van de Lindt (2006) heeft een voorbereidende studie gevoerd naar de teams van « bemoeizorg » (zorgverlening aan personen met chronische psychiatrische problemen die daar nood aan hebben maar die die zorgverlening niet willen (Tielens en Verster, 2010). Hij meldt dat die teams niet alleen de gezondheid en de levensomstandigheden willen verbeteren, maar ook de levenskwaliteit van de begeleide personen, en dat daarvoor een langdurige opvolging nodig is.

Intersectorale benadering van de geestelijke gezondheidszorg bestemd voor een daklozenpubliek

In 1998 werd in Rijsel Diogène, Equipe Mobile Santé Mentale et Précarité opgericht als een intersectoraal team dat bestaat uit zorgverleners die komen uit de sectoren van de algemene psychiatrie (verpleegkundige, psycholoog, psychiater), en die gespecialiseerd zijn in de psychiatrische behandeling van precaire personen. Eén persoon van dit team verplaatst zich naar de verenigingen die actief zijn op het terrein, en op hun aanvraag. Na een evaluatieperiode kan een begeleiding naar de passende structuren volgen, naargelang van de aanvraag van de patiënt en van de vastgestelde problemen. Diogène vervult twee taken : werken in partnerschap met de sociale teams (uitwisselingen van praktijken, verzamelen van observaties en problemen), en sensibiliseren van de psychiatrische sectoren voor de opvang en het vergemakkelijken van de zorgverlening voor precaire personen (Guesdon et al., 2003).

Doelstellingen van de begeleidingen

In de literatuur worden de volgende doelstellingen vermeld voor de verschillende begeleidingsbenaderingen :

- Een zinvolle vertrouwensband ontwikkelen tussen de zorgverlener en de zorgbehoevende (The Sainsbury Centre for Mental Health, 2001) ;

- Banden aanknopen met andere diensten, meer bepaald tussen het individu en de diensten van de geestelijke gezondheidszorg (The Sainsbury Centre for Mental health, 2001; Henrard, 2004) ;
- Een « therapeutische alliantie » opbouwen (The Sainsbury Centre for Mental Health, 2001) ;
- De zorgbehoevende in zijn huisvesting houden (Stefancic et al., 2007; Henrard, 2004) ;
- Een alarmfunctie verzekeren en de familie van de patiënt ondersteunen (Henrard, 2004).

Vermeldenswaard is ook dat de doelstelling om hospitalisaties te voorkomen of te verkorten niet als een doelstelling wordt aangehaald door de bovenvermelde auteurs. Grech (2002) plaatst het stimuleren van het *case management* in het Verenigd Koninkrijk in een politieke context (als gevolg van het doden van een maatschappelijk werker door een patiënt) en in een economische context (in de hoop besparingen te doen).

Taken van de begeleiders

Morse et al. (1996) beschrijven vijf essentiële taken van de leden van een *Assertive Community Treatment (ACT)* team :

- Contact aanknopen en geloofwaardigheid creëren ;
- De personen met een mentale problematiek identificeren ;
- De situatie evalueren ;
- Een behandeling plannen ;
- Een continue dienst verlenen.

Het *Housing First* model combineert benaderingen van risicobeperking (met betrekking tot het gebruik van psychoactieve stoffen) met de toegang tot een intensieve hulp- en zorgverleningsdienst, op aanvraag van de zorgbehoevende. Deze kan beslissen over het type, de frequentie en de opeenvolging van de aangeboden diensten, evenwel met een minimum aantal bezoeken en een snelle toegang, indien nodig, tot de ziekenhuisdiensten in geval van decompensatie (Stefancic et al., 2007).

Delvaux (2005) beschrijft het werk van het thuiszorgteam « La Trame » in de regio van Verviers. Hij plaatst de functie van dat team op de intersectie van de ziekenhuiszorg, de ambulante zorg en de thuiszorg. Hij definieert het zoeken naar nuttige functionele samenwerkingen en het ontwikkelen van duurzame banden in een driehoeksrelatie – tussen de zorgverlener en de patiënt, tussen de patiënt en de andere zorgverleners en tussen de zorgverlener en de andere zorgverleners – als essentiële taak.

Samenstelling van de teams van begeleiders

In de literatuur worden twee verschillende benaderingen beschreven. De eerste is de teambenadering, waarbij de zorgbehoevenden worden toegewezen aan een volledig team en niet aan één zorgverlener. Daarnaast bestaat de benadering van de zorgreferent (*key-worker*) die een sterke band weeft met zijn patiënten. De zorgreferent maakt deel uit van een team, dat voor de aflossing kan zorgen in geval van problemen of afwezigheid van de buurtwerker.

In België werd bij de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg een grote vrijheid gelaten bij de keuze van de formules. Sommigen functioneren als een pluridisciplinair team, met 5 tot 6 buurtwerkers, die ook activiteiten in andere structuren hebben. Anderen werken in een klein team (van ongeveer 2 voltijdse buurtwerkers), die min of meer autonoom werken en ondersteund worden door partnerteams (Henrard, 2004).

Ingevolge een Europees initiatief (Rome, 1992) werden structuren waarvan de activiteiten zich situeerden op de intersectie van het sociale en het mentale in Brussel, in een netwerk gegroepeerd, met name de SMES-B, met als doel de structurele samenwerking te bevorderen tussen de sector van de geestelijke gezondheidszorg en de sector die zich actief inzet tegen sociale uitsluiting. In 2002 werd de *Medisch-psychologische ondersteuningscel op de intersectie tussen de geestelijke gezondheidszorg en de sociale uitsluiting* opgericht. Deze mobiele cel biedt hulp aan professionele zorgverleners die zich richten tot een publiek dat sociale uitsluiting en mentale problemen combineert, door hulp aan te bieden op het vlak van de diagnose, en door de outreach van de mentale sector te stimuleren (Krabbe et al., 2005).

Noodzakelijke hulpmiddelen

De begeleiders in de beschreven modellen werken doorgaans in teams die bestaan uit leden die afkomstig zijn van verschillende disciplines. De belangrijke competenties waarover die zorgverleners moeten beschikken, zijn flexibiliteit, creativiteit, geduld, een open geest voor de noden en prioriteiten die door de patiënt worden geuit, coördinatie- en verbindingscapaciteiten met andere diensten (The Sainsbury Centre for Mental Health, 2001). In zijn overzicht van de literatuur over *case management* beschrijft Grech (2002) het vermogen om de noden en de hulpmiddelen te identificeren (meer bepaald voor het model van verbindingsagent van CM). In andere modellen benadrukt hij eveneens het belang van klinische competenties. De zorgverleners moeten autonoom en pragmatisch kunnen werken in de maatschappij. Ze moeten blijf geven van initiatief, maar ook in team kunnen werken (Philips et al., 2001).

Een bijzonder kostbaar hulpmiddel, tenslotte, is tijd : begeleiding is doorgaans een werk van lange adem. Soms heeft de zorgbehoevende nood aan een intensieve maar vrij korte behandeling (The Sainsbury Centre for Mental Health, 2001). Andere auteurs vermelden benaderingen van lange duur (Freeman, 2000, in Grech, 2002), en zelfs van onbepaalde duur (Marks et al., 1994, in Grech, 2002).

Onderzoek naar de impact van de buurtgerichte geestelijke gezondheidsdiensten die zich richten tot een publiek dat sociale uitsluiting en mentale problemen combineert

De artikels over de impact (*outcome*) van de buurtgerichte geestelijke gezondheidsdiensten handelen over de volgende gevolgen :

- De nood aan hospitalisatie van de zorgbehoevenden ;
- De lichamelijke en/of geestelijke gezondheid ;
- De kosten ;
- De toegang tot huisvesting ;
- (de levenskwaliteit van de zorgbehoevende) ;
- De impact op de zorgverlener.

Impact van de buurtgerichte geestelijke gezondheidsdiensten op de hospitalisatie van de zorgbehoevende

De impact van de buurtdiensten op de hospitalisatie wordt vaak gemeten aan het aantal dagen dat in een ziekenhuis wordt doorgebracht. Dat wordt doorgaans als een *wenselijk* resultaat beschouwd. In een overzicht van de literatuur over *case management* stelt Grech (2002) dat in een groot aantal studies het netto-effect op het aantal opnames en de duur van de hospitalisatie niet beslissend is. De ACT benadering lijkt verbonden te zijn met een vermindering van de hospitalisaties, op voorwaarde

dat de behandeling van de zorgbehoevende globaal en langdurig is, en zelfs van onbepaalde duur. In hun evaluatie van de impact van de diensten voor psychiatrische thuiszorg komen Burns et al. (2001) tot een gelijkaardige conclusie. Het effect van die diensten op de duur van de hospitalisatie is beter, indien ze ook problemen van somatische en sociale aard behandelen.

We wijzen erop dat sommige studies een toename van de hospitalisatieduur tonen, die door de auteurs wordt verklaard door het feit dat het *case management* het contact vergemakkelijkt, en de toegang tot de residentiële psychiatrische diensten verbetert. Een studie die gedurende een periode van 12 maanden in Londen werd uitgevoerd (UK700 group) toont dat men geen substantiële afname mag verwachten van het aantal opnames, behalve indien het team van het *case management* controle heeft op het vertrek van de gehospitaliseerde patiënten (Marks et al., 1994).

Verschillende studies trachten de beide benaderingsmodaliteiten te vergelijken. Zo hebben Marchall en Lockwood (1998, in Grech, 2002) een vergelijking gemaakt tussen een *Assertive Community Treatment* benadering en het *standard case management*, en zijn ze tot de conclusie gekomen dat de eerste benadering de frequentie en de duur van de opnames vermindert, en tot een beter contact met bepaalde zorgbehoevenden leidt. Die conclusie geldt evenwel niet voor een dakloze patiënteel, en al evenmin voor personen met een verslavingsprobleem.

In de praktijk bestaan veel varianten van de *assertive community treatment* (ACT) benadering. Sommige auteurs stellen dat het vasthouden aan een reeks van zogenoemde « kritische » elementen van de ACT benadering verbonden is met betere resultaten, inclusief de kosten, de vermindering van de hospitalisatieduur en van het alcohol/drugsgebruik, een beter functioneren van de zorgbehoevende en van zijn levenskwaliteit (Phillips et al. 2001). Er bestaat zelfs een instrument om de « getrouwheid » aan de ACT benadering te meten : de *Darmouth Assertive Community Treatment Fidelity Scale* (DACTS), die de noodzakelijk geachte kenmerken voor een goede klinische toepassing van de ACT benadering compileert.

Anderen gaan niet akkoord met die interpretatie. Burns et al. (2006) hebben getracht om de gemeenschappelijke ingrediënten te identificeren van de diensten die psychiatrische thuiszorg aanbieden. Ze wijzen op het « black box » karakter van veel modellen : ze stellen vast dat sommige benaderingen niet goed beschreven zijn, en dat de etiketten vaag en misleidend zijn. Ze benadrukken trouwens dat de diensten die vallen onder de « controle » groepen van de studies, evenveel aandacht verdienen als de « experimentele » diensten. Het gaat om complexe diensten die ontleed dienen te worden voordat conclusies worden getrokken over hun efficiëntie.

Interessant is ook dat de studies over de impact van de *assertive community treatment* behandeling en van de *case management* behandeling wijzen op een afname van de hospitalisatieduur in de Verenigde Staten, maar op een toename in Europa. Dat lijkt te maken te hebben met het feit dat de controlegroepen niet vergelijkbaar zijn. Het significante verschil tussen de duur van ziekehuisopname van de patiënten in de controlegroepen van de studies in de VS (gemiddeld 27,6 dagen/jaar) vs in Europa (17,4 dagen/jaar) zou een verklaring kunnen zijn van de tekortkoming van de Europese studies om een significante impact op de hospitalisatie aan te tonen. (Burns et al., 2006).

Priebe et al (2004) bestuderen de impact op de hospitalisatie van de zorgbehoevende van een groot aantal variabelen betreffende het werken in team, de voldoening en de burn-out van de zorgverleners, en van de kenmerken bij de patiënten. Wekenwerk, indicatoren van een burn-out en een gebrek aan contact van de patiënt met andere diensten worden los van elkaar geassocieerd met een grotere waarschijnlijkheid van een ziekenhuisopname. Het contact van de patiënt met andere diensten is een factor van een goede prognose en een krachtige indicator van de impact, aangezien dat, als een afzonderlijke variabele, het risico op een ziekenhuisopname met ongeveer 50% vermindert. De auteurs interpreteren dat resultaat als een indicator van het belang van het *multi-*

agency werken met die groep van patiënten. De pluridisciplinariteit van het werk, de frequentie van de contacten of de combinatie van de sociaal-sanitaire zorgen lijken, daarentegen, geen impact te hebben op de hospitalisatie. Dat zijn variabelen die nochtans vaak relevant worden beschouwd. De auteurs stimuleren bijgevolg een flexibele benadering, zonder vast te houden aan gedetailleerde beschrijvingen die onvoldoende objectieve argumenten zouden bevatten.

De impact van de buurtgerichte geestelijke gezondheidsdiensten op de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de zorgbehoevende

Een evaluatie in de VS van de buurtgerichte geestelijke gezondheidsdiensten in de straat (*street outreach*), die zich richten tot daklozen met mentale problemen, toont een verbetering van die patiënten op nagenoeg alle vlakken (Lam et al., 1999). Lehman et al. (1997) stellen dat de ACT benaderingen leiden tot een frequenter contact met de geestelijke gezondheidsdiensten bij de dakloze zorgbehoevenden.

De etnografische studie van Rowe et al. (1998) toont hoe een *case management* benadering in de straat bottom-up kan bijdragen aan de integratie en de coördinatie van de diensten, en de toegang van de zorgbehoevende aan de gezondheidsdiensten en het herstelproces kan vergemakkelijken.

De ACCESS studie heeft gedurende vijf jaar onderzoek gevoerd naar de effecten van de inspanningen om de geestelijke gezondheidsdiensten te integreren, op 18 sites in de VS. Op alle sites die een ACT benadering aanboden aan zorgbehoevenden die sociale uitsluiting en mentale problemen combineerden, werd een substantiële verbetering aangetoond van alle resultaatindicatoren (geestelijke gezondheid, huisvesting, drugs- en alcoholgebruik, gebruik van de diensten) (Rosenheck et al., 2002).

Andere auteurs meten een verbetering van het sociaal functioneren en van de mentale toestand, evenwel zonder significante verschillen tussen de min of meer intensieve modellen van het *case management* (Thornicroft et al., 1998).

Impact op de kosten

In een rapport over de buurtgerichte diensten voor geestelijke gezondheidszorg noteren Thornicroft et al. (2003) dat de kwaliteit van de zorgen nauw verbonden is met de financiële investering, en dat de geestelijke gezondheidsdiensten in de maatschappij evenveel kosten als de ziekenhuisdiensten die ze geacht worden te vervangen.

Veel onderzoekers maken zich blijkbaar bezorgd over de verhouding kostprijs - efficiëntie. Grech (2002) merkt op dat de veronderstelling dat bespaard kan worden door de invoering van een psychiatrische zorgverlening in de maatschappij niet vaak in vraag wordt gesteld: « ... er lijkt slechts weinig betwisting te bestaan over het idee dat de zorgverleners een « evidence-based » benadering moeten toepassen, niet met de bedoeling kwaliteitsvolle, want wetenschappelijke bevestigde praktijken te bevorderen, maar veeleer met de bedoeling concurrerender te zijn voor de zeldzame hulpmiddelen. »

Marchall en Lockwood (1998, in Grech, 2002) stellen dat de *assertive community treatment* benadering het aantal opnames kan verminderen, en bijgevolg ook de ziekenhuiskosten, maar die winst wordt gecompenseerd door de aanzienlijke kosten van de ACT.

Larimer et al. (2009) concluderen daarentegen tot financiële voordelen in hun quasi-experimentele studie van een *housing first* programma (dat de diensten van een ACT team omvatte). Voor de personen op een wachtlijst had het programma een weldoend effect op de kosten van opsluiting, van dringende huisvesting, van behandeling van de stoornissen die verbonden waren met drugs- en alcoholgebruik en van de behandeling in een ziekenhuis.

Impact op de toegang tot en het langdurig verblijf in een woonst

De « *treatment first* » programma's voorzien een toegang tot een woonst na een parcours in etappes, waarbij de zorgbehoevende die « klaar » is om alleen te wonen, wordt geselecteerd. De « *housing first* » initiatieven, daarentegen, bieden aan de zorgbehoevende een vrijwel onvoorwaardelijke toegang tot een woonst, die verbonden is met een intensieve ondersteuning door de ACT diensten. Die laatste programma's leiden tot een vermindering van het gebruik van psychoactieve stoffen of tot het verkeerdelijk gebruik daarvan, vergeleken met de « *treatment first* » groep (Padgett et al, 2011). Die initiatieven richten zich tot daklozen die lijden aan een psychische aandoening. De meeste deelnemers in de « *housing first* » groep leken in staat om permanent autonoom te blijven wonen na een aanzienlijke periode van dakloosheid. (Stefancic et al, 2007).

In een studie over de « *housing first* » benadering, die gedurende 2 jaar in Washington DC werd gevoerd, tonen Tsemberis et al. (2012) dat bij patiënten die lijden aan een dubbele diagnose met antecedenten van dakloosheid, 97% zijn woonst behoudt na 1 jaar en 84% na 2 jaar. Ze tonen bovendien een significante vermindering van de psychiatrische symptomen en alcoholgebruik. Bovendien kon 14% van de personen het stellen zonder een intensieve vorm van ACT binnen de opvolgingsperiode van twee jaar.

Een andere studie, in Californië, waarbij « *housing first* » gecombineerd werd met het aanbieden van globale en continue zorgen, zonder verplichte behandeling (Gilmer et al., 2010), toont een gunstige impact op het aantal dagen op straat, het aantal contacten met het gerecht en de spoeddiensten in een ziekenhuis, en op het gebruik van het ambulante systeem van de geestelijke gezondheidszorgen, alsook op de kwaliteit van het leven van de huurders.

Impact op het welzijn en de levenskwaliteit

In zijn overzicht van een periode van 30 jaar van diverse benaderingen van geestelijke gezondheidszorg in de maatschappij stelt Rohde (1997) dat de modellen, na de fase van de desinstitutionalisering, nog meer zijn geëvolueerd om zich aan te passen aan de ontwikkeling van het systeem van geestelijke gezondheidszorg in de maatschappij, met de bedoeling de levenskwaliteit van de patiënten te verbeteren. Smith et al (1999) hekelen de bovenmatige aandacht voor het aantal contacten en de evaluatie van het risicobeheer, veeleer dan voor de therapeutische relatie en de rechten en wensen van de patiënten. De auteurs waarschuwen voor het risico dat de benadering in de maatschappij zou evolueren naar een dwingend systeem, en halen daarvan enkele voorbeelden aan, zoals het dreigen met opsluiting of bestraffing, de schending van het privéleven, of het gebruik van openbare toiletten voor het toedienen van inspuittbare geneesmiddelen.

Ook al bevestigen studies dat de zorgbehoevenden van de ACT benadering meer tevreden zijn dan die van andere dienstverleningen, zijn sommige groepen van zorgbehoevenden daar tegen gekant, omdat ze de ACT enerzijds ervaren als een dwingende en paternalistische benadering die tot afhankelijkheid leidt, en, anderzijds, als een mechanisme dat bedoeld is om een sociale controle uit te oefenen op de personen met een geestelijke aandoening, meer bepaald door de toediening van geneesmiddelen (Philips, 2001).

Het onderzoek zou zich kunnen richten op betere targets dan de preventie van opnames. In sommige gevallen zou de hospitalisatie zelfs kunnen worden beschouwd als een indicator van engagement met de diensten. Andere criteria van succes, zoals de impact op de psychopathologie, de levenskwaliteit en de tevredenheid over de behandeling verdienen te worden onderzocht (Priebe et al., 2004).

Literatuur over de moeilijkheid van buurtwerk

« De ervaringen van de buurtwerkers op het terrein zijn van essentieel belang om de werkactiviteiten te modelleren en te herdefiniëren » (Fisk et al., 1999)

Kwaliteiten van een buurtwerker (outreach worker)

Er bestaat geen officiële kwalificatie om buurtwerker te worden. De meesten zijn gediplomeerd, als verpleegkundige, maatschappelijk werker of jeugdwerker (Pates et Blakely, 1994).

De persoonlijke kwaliteiten zijn essentieel want « ... can make or break an outreach worker. » (Pates en Blakely, 1994). Bij het aanwerven van buurtwerkers is het belangrijk om te weten of bepaalde lacunes door opleidingen kunnen worden opgevuld. De volgende kenmerken zijn primordiaal :

- Initiatieven kunnen nemen, maar ook instructies kunnen aanvaarden, alleen kunnen werken, maar ook in team, vastberaden kunnen zijn, zonder evenwel te oordelen ;
- Blijk geven van stabiliteit, maturiteit, creativiteit, respect voor de patiënten ;
- Competentie bezitten op het vlak van communicatie, organisatie, het nemen van notities en het werken in een netwerk ;
- Een minimale kennis bezitten over de sociale diensten en de geestelijke gezondheidsdiensten ;
- Kunnen werken in een centrum en op straat, op een formele en informele wijze.

Stefancic et al. (2007) wijzen op de noodzakelijke eigenschappen van de buurtwerkers van de *Housing First* (ACT) teams. Die moeten :

- Bereid en in staat zijn om prioriteit te geven aan de noden en behoeften van de zorgbehoevende ;
- Willen aanvaarden dat de sociale noden (met name met betrekking tot de huisvesting) prioriteit hebben op de problemen betreffende de geestelijke gezondheid en het drugs/alcoholgebruik ;
- Blijk geven van een positieve en optimistische houding tegenover de personen die op straat leven ;
- Een pragmatische en flexibele, maar doordachte aanpak hebben.

Brook et al. (1998) identificeren de volgende noodzakelijke kwalificaties voor de thuiszorgwerkers :

- Autonomoos kunnen werken ;
- Goede kennis van de organisatie van de zorgverlening in de streek (...);
- Een netwerk rond de patiënten kunnen bouwen ;
- Kunnen onderhandelen met de patiënten en hun naasten ;
- Over weerstandsvermogen beschikken en kunnen omgaan met conflictsituaties (...);
- Richtlijnen kunnen toepassen, planmatig en resultaatgericht kunnen werken.

Philips et al. (2001) menen dat de medewerkers van de *ACT* teams zelfstandig, in de maatschappij en in teamverband moeten kunnen werken. Ze moeten pragmatisch zijn en zich kunnen aanpassen aan de context van het buurtwerk.

Pates en Blakely (1994) identificeren de volgende kwaliteiten **bij de coördinatoren en verantwoordelijken** van de buurtwerkers. Ze benadrukken o.a. de flexibiliteit van de werkomstandigheden en laten ruimte voor experimenten. (Volgens Friedman et al. (1990) hebben buurtwerkers met weinig autonomie doorgaans een laag moraal). Ze verstrekken een adequate feedback, ze kunnen de potentiële risico's inschatten, en ze leiden de buurtwerker wanneer de benadering anders moet worden aangepakt.

Ze voorzien een adequate ondersteuning via regelmatige supervisies, opleidingen bij de start en tijdens het werk, ze stimuleren het werk in een netwerk met andere gelijkaardige projecten. De auteurs beschouwen het veiligheidsaspect als primordiaal. Ze beschrijven hoe de veiligheid van de buurtwerkers, tijdens hun project in Cardiff, op alle andere beschouwingen primeert. Wanneer de buurtwerker zich in een bepaalde situatie niet veilig voelt, is de instructie dat hij zich moet terugtrekken, in de wetenschap dat hij steeds kan rekenen op de steun van de verantwoordelijken. Dat maakt deel uit van een reeks richtlijnen met betrekking tot de veiligheidsmaatregelen. De coördinatoren moeten ook bereid zijn om de noodzaak te verdedigen dat voldoende tijd beschikbaar moet zijn voor het werk van de buurtwerkers.

Complexiteit van de problematiek van de doelbevolking

Het lijkt moeilijk om personen die sociale uitsluiting en psychische aandoeningen combineren, te engageren voor een relatie van hulpverlening, zorgverlening of behandeling.

Tussen 50 en 70 % van de daklozen met een ernstige psychische aandoening zou eveneens psychoactieve stoffen gebruiken, en die ramingen zijn ruimschoots onderschat (Drake et al. (2006) McHugo et al. (2006). Volgens Delvaux (2005) slagen patiënten die verzwakt zijn op het mentale, sociale en relationele vlak er niet meer in om gebruik te maken van het aanwezige zorgverleningsnetwerk.

In een overzicht van het Sainsbury Centre for Mental Health (1998) trachten de auteurs de oorzaken te verklaren van een gebrek aan engagement van de zorgbehoevenden met betrekking tot de zorgverleningsdiensten : de onaangepaste aard van de diensten, voorgaande ervaringen van de zorgbehoevenden (bijvoorbeeld negatieve houdingen van het personeel).

De houdingen en de werkstijl worden primordiaal geacht voor een efficiënte dienstverlening. De auteurs van dit overzicht benadrukken het belang van « *het vermogen van het personeel om te sympathiseren met personen die behoren tot de armste en meest van de maatschappij vervreemde groep* » (in Grech, 2002). Dat staat in contrast met de conclusie van de VK Groep, die stelt dat de energie en de investering van de buurtwerkers geconcentreerd moeten zijn op de inhoud van de zorgen in plaats van op de vorm en de wijze van toediening daarvan (Grech, 2002) ...

Controle-instrumenten van de werkkwaliteit

Het Sainsbury Centre for Mental Health (2001) stelt een aantal maatregelen voor om de kwaliteit van het werk te verzekeren. Daartoe behoren : de systematische, regelmatige en multidisciplinaire evaluatie van het werk, alsook van het toegepaste beleid, het verzamelen van commentaren van de zorgbehoevenden en de ontwikkeling van klachtprocedures, het bespreken van kritische incidenten om daaruit lessen te trekken voor de praktijk, regelmatige en systematische klinische supervisies om de kwaliteit van het werk van elkeen te verzekeren, het systematisch verzamelen van nuttige gegevens aan de hand van eenvoudige middelen.

Brook et al (1998) zetten de controle-instrumenten op een rij : regelmatige interviews tussen de buurtwerkers, supervisies, overlegvergaderingen in team, protocols inzake behandeling / medicatie / veiligheid / weekendwerk, etc ... Die auteurs betreuren dat slechts zelden feedbacksystemen voor de zorgbehoevenden voorhanden zijn.

Risico op geweld

Het Sainsbury Centre for Mental Health (2001) benadrukt dat dat risico geminimaliseerd kan worden door de ontwikkeling van een veiligheidscultuur en een beleid, die rekening houden met de wetgeving en met het institutionele kader. Elke ongerustheid vanwege de buurtwerker moet ernstig worden genomen, er moet een duowerk geprogrammeerd worden wanneer het gaat om een potentieel gevaarlijke patiënt, en de buurtwerker moet adequaat ondersteund worden in geval van zelfmoord van een patiënt. We benadrukken tevens het belang van regelmatige besprekingen over de praktijken en van opleidingen inzake veiligheid, om te leren hoe het risico geminimaliseerd kan worden en hoe gereageerd moet worden in geval van geweld.

Brekke (2001) meldt, in een rapport in de VS, dat een patiënt met een ernstige psychische aandoening 14 maal meer kans loopt om het slachtoffer van een gewelddaad te worden, dan dat die zelf een gewelddaad pleegt. Deze studie concludeert dat « ... *het risico [voor die patiënten] om in de maatschappij te leven groter is dan het risico dat die individuen voor de maatschappij inhouden.* »

Werken in teamverband wordt geïdentificeerd als het beste middel om een **burn-out** van de buurtwerkers te voorkomen (The Sainsbury Centre for Mental Health, 2001).

Autonoom werken kan leiden tot isolement. De buurtwerker die, daarentegen, te afhankelijk is van de instructies van zijn instelling loopt het risico om minder pragmatisch, minder flexibel en minder snel beslissingen te nemen wanneer hij geconfronteerd wordt met de veranderende situatie en noden van de zorgbehoevende (Philips, 2001). Werken in autonome teams kan leiden tot een gebrek aan overleg en communicatie met de collega's in andere structuren. Dat kan leiden tot een verkeerde perceptie of een miskennis van de therapeutische doelstellingen door de andere zorgverleners, en tot een discontinuïteit en een gebrek aan samenhang in de aangeboden hulpverlening (Delvaux, 2005).

Toegang tot ziekenhuiszorg

Hoewel de psychiatrische zorgverlening in de maatschappij verondersteld wordt plaats te vinden in een vroeger stadium, zodat een hospitalisatie kan worden vermeden (als belangrijkste doelstelling en als indicator van succes vooropgesteld in een groot aantal internationale studies), is het duidelijk dat de medewerkers van de zorgverlening in de maatschappij de hospitalisatie identificeren als een werkinstrument dat in bepaalde gevallen onontbeerlijk is. Volgens Mariage (2010) vormt de financiering van de ziekenhuizen per bed en per bezettingspercentage, waardoor het ziekenhuis verplicht wordt om te streven naar een optimaal « opvullingspercentage » van zijn bedden om zeker te zijn van zijn financiële middelen, een verklaring voor het feit dat er nooit plaats is voor de binnenkomers, en dat de minst lastige chronische patiënten, daarentegen, er veel te lang blijven. In zijn beschrijving van het werk van een team van psychiatrische thuiszorgers in de streek van Verviers benadrukt Delvaux (2005) de noodzaak om de ziekenhuisopnames in een geïntegreerd verzorgingsparcours te kaderen, zonder al te veel gevoelens van mislukking of breuk over te brengen.

Miskennis van de hulpmiddelen van de bestaande netwerken

De conclusies van Priebe et al. (2004) betreffende het belang van het werken in een netwerk werden reeds hogerop vermeld (cfr supra). Volgens Mariage (2010) kan de miskennis van de bestaande netwerken leiden tot overlappend werk en tot concurrentie tussen de verschillende structuren die actief zijn in die sector. Het samenwerken in netwerkverband maakt het mogelijk om elkaar beter te kennen, en om het bestaande potentieel op het grondgebied te kennen. Zoniet bestaat het risico op steriele concurrentie in plaats van de ontwikkeling van complementariteit.

Bijlage 3.

Bibliografische referenties

Baart, A. (2004) *Introductie in de presentietheorie*. Stichting Axioma, Den Bosch. Katholieke Theologische Universiteit Utrecht.

Baribeau, C. (2010) *L'entretien du groupe: considérations théoriques et méthodologiques*. Recherches Qualitatives – vol. 29 (1), 28-49.

Blow, H., De Wacker, A., Louckx, F., Van Heusden, L., Van Menxel, G. (2006). *Profils de santé des personnes sans domicile en Belgique*. Steunpunt Algemeen Welzijnswerk, Belgique. Sans-abri en Europe: hiver 2006.

Brekke J.S., Prindle C., Woo Bae S., and Long J.D. (2001) *Risks for Individuals With Schizophrenia Who Are Living in the Community*. Psychiatric Services, Vol. 52, No. 10, October: 1358-1366.

Brook, O.H., Gassman, P., van Hoof, F., van Weeghel, J. (1998) *Psychiatrische thuiszorg I. Een verkennend onderzoek naar organisatie en kwaliteitskenmerken*. Tijdschrift voor Psychiatrie: 40:11, 673-684.

Bruxelles Santé. (2012) *Quelques réflexions sur les réseaux de santé*. Bruxelles Santé N° 67; dossier p 10-13.

Burns, T., Catty, J., Wright, C. (2006) *Deconstructing home-based care for mental illness: can one identify the effective ingredients?* Acta Psychiatrica Scandinavia 2006: 113 (Suppl. 429): 33-35.

Burns, T., Knapp, M., Catty, J., Healey, A., Henderson, J., Watt, H., Wright, C. (2001). *Home treatment for mental health problems: a systematic review*. Health Technol. Assess 2001; 5 (15):1-139.

Colinet, L. (2007) *Santé mentale en contexte social – Précarités: la souffrance psychosociale bouscule les professionnels*. Mental'idées. Dossier: Congrès 2007. Jusqu'ici tout va bien. Mouvements en Santé Mentale entre clinique, social et politique.

Collins, S.E., Clifasefi, S.L., Dana, E.A., Andrasik, M.P., Stahl, N., Kirouac, M., Welbaum, C., King, M., Malone, D.K. (2011) *Where harm reduction meets housing first: exploring alcohol's role in a project-based housing first setting*. International Journal of Drug Policy 23 (2012) 111-119.

Congrès International de Lyon. (2004) *La santé mentale face aux mutations sociales*. ONSMP: Furtos J., Laval Ch. (sous la direction de), 2005, « Souffrir sans disparaître », in : *La santé mentale en actes*, Edition Erès.

De Coninck, F. & Platteeuw, A. (2006) *Réseaux ambulatoires et hospitalier : articulations*. Lignes de force de la réflexion collective du groupe de travail (2003-2005). Plate-forme de Concertation pour la Santé Mentale en Région de Bruxelles-Capitale.

De Munck, P., Paligot, F., Barbosa, V., Heymans, I., Somasse, E., Saint Amand, F., Caremans, B.,

Druyts, I., Macq, J. (2011) . *Les métiers de demain de la première ligne de soins*. Etude réalisée par la Fédération des maisons médicales à la demande du Service Public Fédéral- Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.

Delvaux, P. (2005) *L'intervention à domicile*. Dans: Au plus près des gens. Une mosaïque d'idées et d'expériences autour de la santé mentale. éd. Fonds Reine Fabiola pour la Santé Mentale. Bruxelles. p.35-37.

De Vleeschouwer, D. (2005) *Le conseil des usagers de drogues licites et illicites (C.U.D.L.I.)*. Dans : Au plus près des gens. Une mosaïque d'idées et d'expériences autour de la santé mentale. éd. Fonds Reine Fabiola pour la Santé Mentale. Bruxelles. p.54-56.

Dick R. (2003). *Structured focus groups*. Action Learning and Action Research Journal, 8 (1), 33-49. <http://www.alara.net.au/files/ARARV8No8.pdf>

Dixon-Woods M., Kirk D., Agarwal S., Annandale E., Arthur T., Harvey J., Hsu R., Katbamna S., Olsen R., Smith L., Riley R., Sutton A. (2005) *Vulnerable groups and access to health care*. Report for the national coordinating centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). University of Leicester. p. 283-286

Dodd T. (2001) *Clues About Evidence for Mental Health Care in Community Settings – Assertive Outreach*. Mental Health Practice, Vol. 4, No. 7: 10-14.

Drake, R., McHugo, G., Xie, H., Fox, M., Packard, J., Helmstetter, B. (2006) *Ten-year recovery outcomes for clients with co-occurring schizophrenia and substance use disorders*. Schizophrenia bulletin; 32(3):464-473.

Drugscope, UK Drug Policy commission, and Centre for Mental Health (2012) *Dual diagnosis: a challenge for the reformed NHS and for Public Health England*. A discussion paper from Centre for Mental Health, drugScope and UK Drug Policy Commission. [www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/dual_diagnosis.pdf]

Expertenbijdragen (2010) *Europese consensussconferentie dakloosheid 09-10 december 2010 Brussel* [<http://www.mi-is.be/sites/default/files/doc/Experten%20NL.pdf>]

Fisk, D., Rakfeldt, J., Heffernan, K., Rowe, M. (1999) *Outreach workers' experiences in a homeless outreach project: issues of boundaries, ethics and staff safety*. Psychiatr Q. 1999 Fall;70(3):231-46.

Friedman, S.R., Sterk, C., Sufian, M., Des Jarlais, D.C., Stephenson, B. (1990) *Reaching out to injecting drug users*. In : J. Strang and G.V. Stimson (eds) AIDS and Drug Misuse : 114-185. London/New York : Routledge.

Furtos, J. (2007). *Souffrance et Société. Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale*. Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale. Mental'idées (11), 24-33.

Gilmer, T.P., Stefancic, A., Ettner, S.L., Manning, W., Tsemberis, S. (2010) *Effect of full-service partnerships on homelessness, use and costs of mental health services, and quality of life among adults with serious mental illness*. Archives of General Psychiatry Vol 67 (NO.6), June 2010. American Medical Association. http://works.bepress.com/sam_tsemberis/27.

Gisle, L. (2008) *Enquête de santé par interview Belgique 2008: santé mentale*. Institut scientifique de santé publique, section épidémiologie.

Goldman, H.H. et al. (2002) *Lessons From the Evaluation of the ACCESS Program*. . Psychiatric services. August 2002, vol 53 no 8: 967-969. <http://psychservices.psychiatryonline.org> Grech, E. (2002) *Case management: a critical analysis of the literature*. International Journal of Psychosocial Rehabilitation. 6,89-98.

Guesdon, I., Petit, V., et Roelandt, J.L. (2003) *Diogène: cinq ans d'années d'expérience d'une équipe mobile santé mentale et précarité*. L'information psychiatrique. Vol 79, nr 5, 439-444.

Henrard, D. (2004) *Les soins psychiatriques à domicile: une coopération renforcée*. Confluences 2004, nr 6.

King R., Bas J. L. and Spooner D. (2000) *The Impact of Caseload on the Personal Efficacy of Mental Health Case Managers*. Psychiatric Services. Vol. 51, No. 3, March: 364-368.

Krabbe, J., Kazemzadeh, R., Brunet, S. (2005). *SMES: une porte d'entrée aux soins de santé mentale pour les sans abri*. Dans: Au plus près des gens. Une mosaïque d'idées et d'expériences autour de la santé mentale. éd. Fonds Reine Fabiola pour la Santé Mentale. Bruxelles. p.38-40.

Lam J.A. & Rosenheck R. (1999) *Street outreach for homeless persons with serious mental illness : is it effective ?* Med. Care, sep; 37 (9): 894-907.

Larimer, M.E., Malone, D.K., Garner, M.D., Atkins, D.C., Burlingham, B., Lonczak, H.S., Tanzer, K., Ginzler, J., Clifasefi, S.L., Hobson, W.G., Marlatt, G.A. (2009) *Health care and public service use and costs before and after provision of housing for chronically homeless persons with severe alcohol problems*. JAMA, April 1,2009-Vol 301,No.13.

Lorant, V., Depuydt, C., Gillain, B., Guillet, A., Dubois, V. (2007) *Involuntary commitment in psychiatric care: what drives the decision?* Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology; Volume 42, number 5, 360-365. DOI: 10.1007/s00127-007-0175-2

McHugo, G., Drake, R., Brunette, M., Xie, H., Essock, S., Green, A.I. (2006) *Enhancing validity in co-occurring disorders treatment research*. Schizophrenia Bulletin; 32:655-665.

Mariage, O. (2010). *Psychiatrie: l'amorce du virage ambulatoire*. Santé conjugulée, avril 2010 n°52.

Moens, I. et Karler, I. (2010) *La réforme de soins de santé mentale en Belgique*. [www.iwsm.be/pdf-dir/reformefederal.pdf]

Morenville, C. (2009). *Où et comment héberger les "plus marginalisés"?* Action Sociale Focus. Alter Echos nr 274

Morrissey et al. (2002) *Integration of Service Systems for Homeless Persons With Serious Mental Illness Through the ACCESS Program*. Psychiatric services. August 2002, vol 53 no 8: 949-957. <http://psychservices.psychiatryonline.org>

Morse, G.A., Calsyn, R.J., Miller, J., Rosenberg, P., West, L., Gilliland, J. (1996). *Outreach to homeless mentally ill people: conceptual and clinical considerations*. Community Mental Health Journal, 1996 Jun;32(3):261-74.

Ng, A.T., McQuiston, H.L. (2004). *Outreach to the homeless: craft, science and future implications*. J. Psychiatr Pract. 2004 Mar; 10 (2): 92-105.

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2010) *Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise*. Commission Communautaire Commune.

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2011) *Baromètre social. Rapport bruxellois sur l'état de pauvreté*. Commission Communautaire Commune.

Organisation Mondiale de la Santé (2001). *Rapport sur la santé dans le monde*. La santé mentale :Nouvelle conception, nouveaux espoirs : p5-15

Padgett, D.K., Stanhope, V., Henwood, B.F., Stefancic, A. (2011) *Substance use outcomes among homeless clients with serious mental illness: comparing Housing First with Treatment First Programs*. Community Mental Health Journal, 2011 April; 47(2):227-232.

- Pates, R. , Blakely, V. (1994). *What should we be looking for in outreach workers?* Drugtext International Substance Use Library. [<http://www.drugtext.org/Self-help-peer-support>]
- Philippot, P. et Galand, B. (2003) *Les personnes sans-abri en Belgique. Regards croisés des habitants de la rue, de l'opinion publique et des travailleurs sociaux.* Gent, Academia Press.
- Phillips, S.D., Burns, B.J., Edgar, E.R., Mueser, K.T., Linkins, K.W., Rosenheck, R.A., Drake, R.E., Mc Donel Herr, E.C. (2001) *Moving assertive community treatment into standard practice. Psychiatric Services.* June 2001 Vol.52 No.6: 771-779.
- Priebe, S., Fakhoury, W., White, I., Watts, J., Bebbington, P., Billings, J., Burns, T., Johnson, S., Muijen, M., Rylie, I, Wright, C. (2004). *Characteristics of teams, staff and patients: associations with outcomes of patients in assertive outreach.* British Journal of Psychiatry 2004, 185:306-311.
- Psy 107. Service Soins de Santé Psycho-sociaux. *Guide vers de meilleurs soins en santé mentale, par la réalisation de circuits et de réseaux de soins.* [<http://www.psy107.be>] site consulté le 28/11/2012.
- Randolph F, Blasinsky, M., Morrissey, J.P., Rosenheck, R.A., Cocozza, J., Goldman, H.H. and the ACCESS National Evaluation team (2002). *Overview of the ACCESS Program.* Psychiatric services. August 2002, vol 53 no 8: 945 – 947. <http://psychservices.psychiatryonline.org>
- Réseau Hépatite C-Bruxelles (2009) *Projet d'accompagnement social. Rapport d'activité 2008-2009.*
- Rohde D. (1997) *Evolution of Community Mental Health Case Management: Considerations for Clinical Practice.* Archives of Psychiatric Nursing, Vol. 11, No.6: 332-339.
- Rosenheck, R.A., Lam, J., Morrissey, J.P., Calloway, M.O., Stolar, M., Randolph, F., the ACCESS National Evaluation Team (2002) *Service Systems Integration and Outcomes for Mentally Ill Homeless Persons in the ACCESS Program.* . Psychiatric services. August 2002, vol 53 no 8: 958-966. <http://psychservices.psychiatryonline.org>
- Rowe, M., Hoge, M.A., Fisk, D. (1998). *Services for mentally ill homeless persons: street-level integration.* American Journal of Orthopsychiatry. 1998 Jul;68(3):490-6.
- Sarantakos, S. (1998) *Action-research: research in action.* In : Social Research. Charles Sturt University, Australia. Chapter 7: 110-114
- Similes (2012) *Recommandations des familles de personnes atteintes de troubles psychiques.* Fédération francophone des associations similes asbl, no 68: 4-5.
- SMES-B (2010) *Rapport d'activités.* [<http://www.smes.be/que-disons-nous/rapports-dactivites-publies-par-le-smes-b>]
- Smith M., Coleman R., Allot P. & Koberstein J. (1999) *Assertive Outreach: A Step Backwards.* Nursing Times, 95(30): 46-47.
- Stefancic, A., Tsemberis, S. (2007) *Housing first for long-term shelter dwellers with psychiatric disabilities in a suburban county: a four-year study of housing access and retention.* Journal of Primary Prevention (2007) 28:265-279. DOI 10.1007/s10935-007-0093-9.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2004) *Blueprint for Change: Ending chronic homelessness for persons with serious mental illnesses and co-occurring substance use disorders.* Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. DHHS Pub No MA-04-3870, Rockville MD.

Taylor-Powell E., & Renner, M. (2003) *Analyzing qualitative data*. Program Development and Evaluation. University of Wisconsin-Extension. Cooperative Extension, Madison, Wisconsin. [Http://www.luwex.edu/ces/pubs](http://www.luwex.edu/ces/pubs) Analysing Qualitative Data (G3658-12)

The Sainsbury Centre for Mental Health (2001) *Mental Health Topics: Assertive Outreach*. [www.thurrock.gov.uk/mental_health_sainsbury.pdf]

Thornicroft G., Wykes T., Holloway F., Johnson S. & Szumukler G. (1998) *From efficacy to effectiveness in community mental health services: PriSM Psychosis Study* (10). British Journal of Psychiatry; 173: 423-427.

Thornicroft G. & Tansella M. (2003) *Quels sont les arguments en faveur des soins et des services de santé mentale de proximité?* Copenhagen, OMS Bureau Régional pour l'Europe (Health Evidence Network report. [<http://www.euro.who.int/document/E82976.pdf>]

Tielens J. & Verster M. (2010) *Bemoeizorg. Eenvoudige tips voor moeilijke zorg*. Ed. De tijdstroom, Utrecht.

Tsemberis S. & Elfenein C. (1999) *A perspective on voluntary and involuntary outreach services for the homeless mentally ill*. New Directions for Mental Health Services (82): 9-18. Tsemberis, S., Kent, D., Respress, C. (2012). *Housing stability and recovery among chronically homeless persons with co-occurring disorders in Washington, DC. Field Action Report*. American Journal of Public Health. January 2012, Vol 102, No1.

Van de Lindt, S. M. (2006) *Zorg voor beter – langdurige geestelijke gezondheidszorg. Inventarisatie 'Goede voorbeelden' Bemoeizorg*. Trimbos instituut. Netherlands Institute of Mental Health and Addiction. [www.trimbos.nl/verbeterdezorg]

Van Den Eynde, M. (2005) *Augmenter l'accessibilité des soins de santé mentale: de nombreux défis à relever!* In: Au plus près des gens. Une mosaïque d'idées et d'expériences autour de la santé mentale. éd. Fonds Reine Fabiola pour la Santé Mentale. Bruxelles. p.26-30.

Verhaegen, L. et Deschietere, G. (2012) *Malaise urbain et psychiatrie à Bruxelles*. La revue nouvelle. Juillet-août 2012.

Vrancken, D. (2004). *La santé mentale, champ pertinent de l'action sociale*. Confluences, n°5 (mars 2004): 16-18.